



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 28.054**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17 DÍA	02 MES	2021 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	<b>EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO</b>			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
EXCAVACIONES CORREA MEJIA SAS - CONV1 - ASE3 - CONTADO - INTRA				EXCAVACIONES CORREA MEJIA SAS			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
SINISTERRA LERMA DIEGO ORLANDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	25 AÑOS 5 MESES 16 DÍAS	CC	1059449843
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos							
CADENERO LL							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO CON ALTERACIONES QUE NO AFECTAN SU DESEMPEÑO LABORAL							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
			SVE CARDIOVASCULAR			HÁBITOS SALUDABLES	
						HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>SE CERTIFICA QUE EL PACIENTE AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN MEDICA OCUPACIONAL NO PRESENTA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A COVID 19</p> <p>SE RECOMIENDA BAJA DE PESO</p> <p>EJERCICIO 45 MIN AL DIA</p> <p>FOMENTO EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE</p> <p>RECOMENDACIONES: COVID - 19</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>DISTANCIAMIENTO SOCIAL.</li> <li>LAVARSE FRECUENTEMENTE LAS MANOS, CON AGUA Y JABÓN DURANTE MÍNIMO 20 SEGUNDOS, SECARLAS CON TOALLAS DE PAPEL.</li> <li>AL TOSER O ESTORNUDAR CÚBRETE LA BOCA Y NARIZ CON UN PAÑUELO O EL PLIEGUE DEL CODO.</li> <li>TAPABOCAS: POBLACIÓN GENERAL EL USO DE TAPABOCAS CONVENCIONAL OBLIGATORIO EN LOS SIGUIENTES LUGARES: <ul style="list-style-type: none"> <li>USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA PERMANENTE EN SU JORNADA LABORAL CON TAPABOCAS, EN EL SISTEMA DE TRANSPORTE PÚBLICO (BUSES, TRANSPORTE MASIVO, TAXIS) Y ÁREAS DONDE HAYA AFLUENCIA MASIVA DE PERSONAS (PLAZAS DE MERCADO, SUPERMERCADOS, BANCOS, FARMACIAS, ENTRE OTROS) DONDE NO SEA POSIBLE MANTENER LA DISTANCIA MÍNIMA DE 2 METROS.</li> <li>PERSONAS CON SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA SU USO ES OBLIGATORIO, GRUPOS DE ALTO RIESGO (PERSONAS ADULTAS MAYORES DE 70 AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, ENFERMEDADES QUE COMPROMETAN SU SISTEMA INMUNOLÓGICO, CÁNCER, VIH, GESTANTES Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS).</li> </ul> </li> <li>LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS ENTRE 20 Y 30 SEGUNDO CON AGUA Y JABÓN</li> <li>INCREMENTAR LAS MEDIDAS DE HIGIENE Y DESINFECCIÓN EN TU PUESTO DE TRABAJO O SITIO DE DESCANSO (INTERNO) Y DE TODOS LOS ELEMENTOS DE USO PERSONAL, VENTILE Y DEJE QUE ENTRE ILUMINACIÓN DEL SOL.</li> <li>ASEGURAR DISTANCIA MÍNIMA DE DOS METROS ENTRE UNA Y OTRA PERSONA DE MANERA PERMANENTE.</li> <li>REALICE EL AUTORREPORTE DIARIO PARA VERIFICAR CONDICIONES DE SALUD EN LA ENCUESTA VIRTUAL DE LA EMPRESA O EL USADO POR EL CLIENTE.</li> <li>MANTENGA SEPARADA LA ROPA DEL TRABAJO Y/O LA QUE USA PARA DESCANSAR.</li> <li>DESINFECTE TODOS LOS ELEMENTOS QUE HAN ESTADO EN CONTACTO AL EXTERNO ZAPATOS, COMPUTADORES, CELULARES, CABLE DE COMPUTADOR, LLAVES ETC. USE ALCOHOL O AGUA Y JABÓN.</li> <li>EVITAR LA MANIPULACIÓN DE TELÉFONOS CELULARES Y RADIOS DURANTE EL TIEMPO DE ALIMENTACIÓN.</li> <li>AL LAVAR Y DESINFECTAR PROCURE SEGUIR LOS PASOS: <ul style="list-style-type: none"> <li>RETIRE POLVO</li> <li>LAVE CON AGUA Y JABÓN</li> <li>ENJUAGUE CON AGUA LIMPIA</li> <li>DESINFECTE CON LÍQUIDO ANTIBACTERIAL.</li> </ul> </li> </ul>							

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

### Médico

*Diana Isabel Carrillo Perea*  
Dra. Diana Isabel Carrillo P.  
Esp. en Seguridad de la Seguridad  
y Salud en el Trabajo  
Resolución 2173

Firma:

Nombre: CARRILLO PEREA DIANA ISABEL

R. M.: 764247

L.S.O.: 2173 - 2017



Código de Seguridad

**R703X1D28054**

### Aspirante o Trabajador

*Diego Orlando Sinisterra Lerma*

Firma:

Nombre: SINISTERRA LERMA DIEGO ORLANDO

CC: 1059449843