



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.395

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
06 DÍA	05 MES	2020 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO			
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)							
MOSQUERA PATIÑO MARELIN DAYANNA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	21 AÑOS 8 MESES 25 DÍAS	CC	1061822385
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo TOPOGRAFA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO							
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:							
AUDIOMETRIA 				EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR 			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
						CONTROL DE PESO	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
RECOMENDACIONES: COVID - 19 DISTANCIAMIENTO SOCIAL. LAVARSE FRECUENTEMENTE LAS MANOS, CON AGUA Y JABON DURANTE MINIMO 20 SEGUNDOS, SECARLAS CON TOALLAS DE PAPEL. AL TOSER O ESTORNUDAR CUBRETE LA BOCA Y NARIZ CON UN PAÑUELO O EL PLIEGUE DEL CODO. TAPABOCAS: POBLACIÓN GENERAL EL USO DE TAPABOCAS CONVENCIONAL OBLIGATORIO EN LOS SIGUIENTES LUGARES: 1. EN EL SISTEMA DE TRANSPORTE PÚBLICO (BUSES, TRANSMILENIO, MIO, 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. 2. PERSONAS CON SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA SU USO ES OBLIGATORIO 3. 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). QUEDATE EN CASA, SINO ES ESTRUCTAMENTE URGENTE SALIR. 1. LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS ENTRE 20 Y 30 SEGUNDO CON AGUA Y JABÓN • ANTES DE INGERIR LOS ALIMENTOS. • ANTES Y DESPUÉS DE IR AL BAÑO, TOCARSE LA NARIZ, OJOS O BOCA. 2. CUBRIRSE LA NARIZ Y BOCA AL ESTORNUDAR CON EL ANTEBRAZO O CON UN PAÑUELO DESECHABLE Y LUEGO BOTARLO. 3. USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA PERMANENTE EN SU JORNADA LABORAL CON TAPABOCAS 4. 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. 4. ASEGURAR DISTANCIA MÍNIMA DE DOS METROS ENTRE UNA Y OTRA PERSONA DE MANERA PERMANENTE. 5. REALICE EL AUTORREPORTE DIARIO PARA VERIFICAR CONDICIONES DE SALUD EN LA ENCUESTA VIRTUAL DE							

LA EMPRESA O EL USADO POR EL CLIENTE.

6. EN CASO DE PRESENTAR SÍNTOMAS RESPIRATORIOS INFORMAR DE INMEDIATO AL SUPERVISOR A CARGO Y MEDICO OCUPACIONAL DE LA EMPRESA (ANNETTE DELGADO – 3122151780).

7. MANTENGA SEPARADA LA ROPA DEL TRABAJO Y/O LA QUE USA PARA DESCANSAR.

8. 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.

9. EVITAR LA MANIPULACIÓN DE TELÉFONOS CELULARES Y RADIOS DURANTE EL TIEMPO DE ALIMENTACIÓN.

10. AL LAVAR Y DESINFECTAR PROCURE SEGUIR LOS PASOS:

- RETIRE POLVO
- LAVE CON AGUA Y JABÓN
- ENJUAGUE CON AGUA LIMPIA
- DESINFECTE CON LÍQUIDO ANTIBACTERIAL.

OBSERVACIONES:

TRABAJADOR QUE EN SU AUTORREPORTE DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS DIARIOS A ESTADO ASINTOMÁTICO.

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


Firma: Julian A. Hernandez R.
Médico Especialista en
Salud Ocupacional
R.M. 860494 LSO 234812 DSV

Nombre: HERNANDEZ RODRIGUEZ JULIAN ANDRES

R. M.: 860494

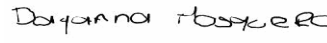
L.S.O.: 234812



Código de Seguridad

L703R1X5395

Aspirante o Trabajador


Firma: Dayanna Mosquera

Nombre: MOSQUERA PATIÑO MARELIN DAYANNA

CC: 1061822385