

NIT. 900.207.684-2

Calle 23AN # 2N 75 - Cali, Colombia Cel. 3183482110 - Tel. 6682828 E-mail. financiero@santaclara.com.co www.ipsocupacionalsantaclara.com





CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

		CO	NCEPTO	MEDICO	ocu	PACIO	NAL		N° 20.602
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN					TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				CUPACIONAL
11 2020			OLOMBIA)		EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO				
IWILO	ANO	Cir	udad						
		DATOS DE LA EMPRI	ESA DONDE LA	BORA, LABORA	ARÁ O LAI	BORO EL T	RABAJADOR O AS	PIRANTE	
EXCAVACIONES CORREA MEJIA SAS - CONV1 - ASE3 - CONTADO					RA EXCAVACIONES CORREA MEJIA SAS				
Nombre de la empresa					Empresa en misión				
S DEL T	RABAJADO	R / ASPIRANTE (Tipo de Documento	o de Identificación CC	. Cedula de Ciudadar	nía, CE. Cedu	la de Extranjerí	a, TI. Tarjeta de Identidad	, PT. Pasaporte	÷)
					Ge	enero	Edad		Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			EREUD		MASO	CULINO	55 AÑOS 8 MESES 0 DÍAS	CC	16710115
								Tipo	Número
EPTO DE	APTITUD (PERIÓDICO MD GENERAL+AFINAM	IIENTO DE T	A					Alimanakan
					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
					RECOMENDACIONES			CIONES	
						1 -			
ncepto	de Aptit	ud se definió a partir de	los siguiente	es exámenes	practic	ados:			
AUDIOMETRIA				✓ OPTOMETRIA					✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				_	PRUEBA PSICOMOTORA				
RECOMENDACIONES MÉDICAS RECO									✓
KE	COMENDA	CIONES MÉDICAS	RECO	MENDACIONES	OCUPACI	IONALES			ILO DE VIDA SALUDABLES
ACIÓN P	OR EPS : VA	CIONES MÉDICAS L MD GENERAL +	RECOI USO DE EPP	MENDACIONES	OCUPACI	IONALES		TOS Y EST ALUDABLES	ILO DE VIDA SALUDABLES
	OR EPS : VA			MENDACIONES	OCUPACI	IONALES	HÁBITOS S.		
ACIÓN P	OR EPS : VA		USO DE EPP SVE VISUAL	MENDACIONES VAS E HIGIENE PO		ONALES	HÁBITOS S.	ALUDABLES FÍSICA AER	
	MES XCAVAC S DEL T DUCTO EPTO DE RICCIO RESTRIC ncepto METRIA	11 2020 MES AÑO XCAVACIONES CO DEL TRABAJADO DEL DUCTOR EPTO DE APTITUD O RICCIONES LA EESTRICCIONES LA EESTRICCIONES ncepto de Aptit METRIA	FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN D 11 2020 MES AÑO CALI (VALLE DEL CAUCA, CI DATOS DE LA EMPR XCAVACIONES CORREA MEJIA SAS - CONV1 - AI Nombre de la empresa S DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Document DELGADO GARCIA JORGE I Apellidos y Nombres DUCTOR EPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PERIÓDICO rvaciones: VAL MD GENERAL+AFINAM NO SE EVALUARÓN I RICCIONES LABORALES ESTRICCIONES LABORALES IESTRICCIONES LABORALES INCEPTO DE APTITUD SE DESTRICCIONES LABORALES INCEPTO DE APTITUD SE DE APTITUD	FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN 11 2020 MES AÑO Ciudad DATOS DE LA EMPRESA DONDE LA XCAVACIONES CORREA MEJIA SAS - CONV1 - ASE3 - CONTADO Nombre de la empresa S DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CO DELGADO GARCIA JORGE EREUD Apellidos y Nombres DUCTOR EPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PERIÓDICO CON ALTER TVACIONES: VAL MD GENERAL+AFINAMIENTO DE T NO SE EVALUARÓN REQUISITOS RICCIONES LABORALES EESTRICCIONES LABORALES DESTRICCIONES LABORALES	FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORA XCAVACIONES CORREA MEJIA SAS - CONV1 - ASE3 - CONTADO - INTRA Nombre de la empresa S DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudada DELGADO GARCIA JORGE EREUD Apellidos y Nombres PERIÓDICO CON ALTERACIONES Q rvaciones: VAL MD GENERAL+AFINAMIENTO DE TA NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD RICCIONES LABORALES TIPO RESTRICCIONES LABORALES METRIA	FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN 11 2020 AÑO Ciudad DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LAI XCAVACIONES CORREA MEJIA SAS - CONV1 - ASE3 - CONTADO - INTRA Nombre de la empresa S DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedu DELGADO GARCIA JORGE EREUD Apellidos y Nombres DUCTOR EPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PERIÓDICO CON ALTERACIONES QUE NO A IVACIONES: VAL MD GENERAL + AFINAMIENTO DE TA NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas RICCIONES LABORALES NO APLICA INO APLICA INDICATOR	FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN 11 2020 MES AÑO CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL T XCAVACIONES CORREA MEJIA SAS - CONV1 - ASE3 - CONTADO - INTRA Nombre de la empresa S DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeri DELGADO GARCIA JORGE EREUD Apellidos y Nombres DUCTOR EPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PERIÓDICO CON ALTERACIONES QUE NO AFECTAN INO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacio RICCIONES LABORALES NO APLICA NO APLICA NO APLICA NO APLICA OPTOMETRIA	TAMEN MEDICO OC MES AÑO CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) CIUdad DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O AS CAVACIONES CORREA MEJIA SAS - CONV1 - ASE3 - CONTADO - INTRA Nombre de la empresa Nombre de la empresa DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, Ti. Tarjeta de Identidad DELGADO GARCIA JORGE EREUD MASCULINO SPRIÓDICO CON ALTERACIONES QUE NO AFECTAN SU DESEMPE POUCTOR PERIÓDICO CON ALTERACIONES QUE NO AFECTAN SU DESEMPE POUCTOR RICCIONES: VAL MD GENERAL+AFINAMIENTO DE TA NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, N. RICCIONES LABORALES NO APLICA NO APLICA NO APLICA NO APLICA PERIÓDICO de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados: METRIA OPTOMETRIA	FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIO AÑO CIUDAD DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE XCAVACIONES CORREA MEJIA SAS - CONV1 - ASE3 - CONTADO - INTRA Nombre de la empresa BEMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE XCAVACIONES CORREA MEJIA SAS - CONV1 - ASE3 - CONTADO - INTRA BEMPRESA en misió BEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte DELGADO GARCIA JORGE EREUD Apellidos y Nombres DUCTOR EPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PERIÓDICO CON ALTERACIONES QUE NO AFECTAN SU DESEMPEÑO TVACIONES: VAL MD GENERAL+AFINAMIENTO DE TA NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular RICCIONES LABORALES NO APLICA NO APLICA NO APLICA INO APLICA OPTOMETRIA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE CERTIFICA QUE EL PACIENTE AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN MEDICA OCUPACIONAL NO PRESENTA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A COVID 19

RECOMENDACIONES: COVID - 19

- DISTANCIAMIENTO SOCIAL.
- LAVARSE FRECUENTEMENTE LAS MANOS. CON AGUA Y JABÓN DURANTE MÍNIMO 20 SEGUNDOS. SECARLAS CON TOALLAS DE PAPEL.
- AL TOSER O ESTORNUDAR CÚBRETE 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:
- 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.
- PERSONAS CON SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA SU USO ES OBLIGATORO, 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).
- LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS ENTRE 20 Y 30 SEGUNDO CON AGUA Y JABÓN
- 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.
- · ASEGURAR DISTANCIA MÍNIMA DE DOS METROS ENTRE UNA Y OTRA PERSONA DE MANERA PERMANENTE.
- REALICE EL AUTORREPORTE DIARIO PARA VERIFICAR CONDICIONES DE SALUD EN LA ENCUESTA VIRTUAL DE LA EMPRESA O EL USADO POR EL CLIENTE.
- MANTENGA SEPARADA LA ROPA DEL TRABAJO Y/O LA QUE USA PARA DESCANSAR.
- 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.
- EVITAR LA MANIPULACIÓN DE TELÉFONOS CELULARES Y RADIOS DURANTE EL TIEMPO DE ALIMENTACIÓN.
- AL LAVAR Y DESINFECTAR PROCURE SEGUIR LOS PASOS:
 - RETIRE POLVO
 - LAVE CON AGUA Y JABÓN

- ENJUAGUE CON AGUA LIMPIA
- DESINFECTE CON LÍQUIDO ANTIBACTERIAL.

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 ver ídicas. 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Nombre: PONTON HERNANDEZ SEBASTIAN

R. M.: 763918

L.S.O.: 1566



E703K1Q20602

Aspirante o Trabajador

Torge delgad

Firma:

Nombre: DELGADO GARCIA JORGE EREUD

CC: 16710115