



Santa Clara
I.P.S. Ocupacional

NIT. 900.207.684-2

REPS:7600107047-01

Calle 23AN # 2N 75 - Cali, Colombia

Cel. 3183482110 - 3183482110 - 3146301564 - 3152788102

Tel. (602) 6682828 - E-mail. pgrs@santaclara.com.co

www.ipsocupacionalsantaclara.com



Nº 87.895

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
20	09	2022	INGRESO	
DÍA	MES	AÑO		
Cali (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)				
Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
PARTICULAR 2022 - CONV2 - ASESC - CONTADO - INTRA			PARTICULARES	
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)				
VALDES CARMONA CAMILA ALEJANDRA			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			FEMENINO	23 AÑOS 0 MESES 10 DÍAS
Carga			CC	1107528277
DIRECCION JURIDICA			Tipo	Número
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
USAR CORRECCIÓN VISUAL				HABITOS SALUDABLES
				FORTALECIMIENTO MUSCULAR
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
				HACER DEPORTE
				DIETA BALANCEADA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
SE SUGIERE, MODIFICAR HABITOS DE VIDA BUENOS HABITOS DE ALIMENTACION: DIETA BAJA EN GRASAS, HARINAS Y AZUCAR, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS.				
?ACTIVIDAD FISICA DIARIA REGULAR, MINIMO 30 MIN AL DIA.				
CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL				
?USO DE LENTES SEGÚN INDICACION				
?SEGUIR CONTROLES CON EPS POR SUS PATOLOGIAS DE BASE. DERMATOLOGIA				
?HACER CITOLOGIA ANUAL				
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 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).				
• 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 AUTORREPORTO 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 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

Dr. María del Mar López C.
En un Oficio de la seguridad
y salud del trabajo
Rat. No. 2250

Firma:

Nombre: LOPEZ CUENCA MARIA DEL MAR

R. M.: 2212-2012

L.S.O.: 2210-2017



Código de Seguridad

T703Z1F87895

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VALDES CARMONA CAMILA ALEJANDRA

CC: 1107528277