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. pqrs@santaclara.com.co
www.ipsocupacionalsantaclara.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 73.707

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	05 MES	2022 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO

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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

PORTOCARRERO JIMENEZ EDGAR ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	38 AÑOS 2 MESES 4 DÍAS	CC	14475192
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
MONITOR DEPORTIVO

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

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

Médico

Julian A. Hernandez R
Médico Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 860494 ISO 27.431 2 2020

Firma:

Nombre: HERNANDEZ RODRIGUEZ JULIAN ANDRES

R. M.: 860494 **L.S.O.:** 234812

Código de Seguridad
U703A1G73707

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PORTOCARRERO JIMENEZ EDGAR ANDRES

CC: 14475192