Salud Ocupacional
Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 760011273501
NIT: 830029102
Dirección: CALLE 26 N - # 5 AN 37/39 PISO 1
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad:	CALI	**Fecha y hora de ingreso:**	2023-01-25 07:58
No. Ingreso:	85913	**Fecha y hora de salida:**	2023-01-25 08:33
Nombre:	ANA MARIA ANGEL PIEDRAHITA	**Empresa Convenio:**	Particular
Cargo:	CONTRATISTA	**Empresa Contratante:**	Particular
CC:	66856939	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Sede:	Cali	**Empresa en misión:**	Particular



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	Resultado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto para desempeñar el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:
EL TRABAJADOR ACTUALMENTE NO REFIERE PRESENTAR CONDICIÓN DE SALUD QUE SE CATALOGUE COMO DE ALTO RIESGO PARA COMPLICACIONES POR COVID-19 Y SE CLASIFICA COMO PERSONA NO VULNERABLE DE ACUERDO LA CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DE 2020, Y CIRCULAR 016 DEL 1 DE ABRIL DE 2022.
SE EMITEN LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA RES.1238 DE 21 DE JULIO 2022: - ARTC.4. AUTOCUIDADO, ARTC.5: LAVADIO E HIGIENE DE MANOS. - ARTC 6. DISTANCIAMIENTO FISICO .

RECOMENDACIONES MÉDICAS

REQUIERE USO DE CORRECCION OPTOMETRICA CONTROL ANUAL DE OPTOMETRIA EN SU EPS. -

PROGRAMAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA EMPRESA ACORDE CON FACTOR DE RIESGO OSTEOMUSCULAR DEL CARGO.
USO DE MEDIAS ANTIVÁRICES COMPRESION MEDIA. -

DIETA NORMO CALORICA, RICA EN CEREALES, FIBRA, FRUTAS Y VERDURAS.
REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 45 – 60 MINUTOSAL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN.
HIGIENE POSTURAL. ERGONOMIA PUESTO DE TRABAJO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA.
USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- Respiratorio - uso de los elementos de protección respiratoria según los lineamientos emitidos por MinSalud de acuerdo al riesgo de exposición.
- Visual - educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual.
- Control periódico ocupacional.
- Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.
- General - adherir integralmente a las recomendaciones y lineamientos específicos emitidos por el ministerio de salud.

Salud Ocupacional Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 760011273501
NIT: 830029102
Dirección: CALLE 26 N - # 5 AN 37/39 PISO 1
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana.
- Uso de EPP según exposición a factores de riesgo específicos.

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

NINGUNA

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS AL TRABAJADOR

- Continuar o adoptar hábitos y estilos de vida saludable.
- Control de promoción y prevención en su EPS/ARL.

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

M^a Angélica López R.

Profesional: MARIA ANGELICA LOPEZ RINCON
CC: 1018429940
Reg. Médico: 1018429940
Licencia Ocupacional: 632787 del 2021

Ana M. Angel

Paciente: ANA MARIA ANGEL PIEDRAHITA
CC: 66856939