



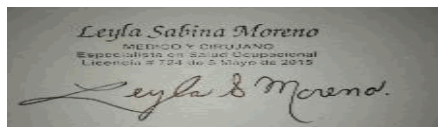
## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 60.258**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
<b>22</b> DÍA	<b>01</b> MES	<b>2022</b> AÑO	<b>CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)</b>	<b>INGRESO</b>			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
<b>PATÍÑO CORRALES Y CIA LTDA TRANSPACOL - CONV1 - ASE3 - ANTICIPO - INTRA</b>				<b>PATÍÑO CORRALES Y CIA LTDA TRANSPACOL</b>			
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)							
<b>GUERRERO FAJARDO MONICA</b>				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				<b>FEMENINO</b>	<b>49 AÑOS 6 MESES 2 DÍAS</b>	<b>CC</b>	<b>66849721</b>
Carga				Tipo			
<b>MOTORISTA</b>				Número			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
<b>APTO</b>							
Observaciones: <b>NO APLICA</b>							
<b>N/A</b>				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
<b>RESTRICCIONES LABORALES</b>				<b>TIPO</b>		<b>RECOMENDACIONES</b>	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓			
<b>RECOMENDACIONES MÉDICAS</b>				<b>RECOMENDACIONES OCUPACIONALES</b>		<b>HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES</b>	
				USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
SE CERTIFICA QUE EL PACIENTE AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN MEDICA OCUPACIONAL NO PRESENTA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A COVID 19							
RECOMENDACIONES: COVID - 19							
<ul style="list-style-type: none"> <li>DISTANCIAMIENTO SOCIAL.</li> <li>LAVARSE FRECUENTEMENTE LAS MANOS, CON AGUA Y JABÓN DURANTE MÍNIMO 20 SEGUNDOS, SECARLAS CON TOALLAS DE PAPEL.</li> <li>AL TOSER O ESTORNUDAR CÚBRETE LA BOCA Y NARIZ CON UN PAÑUELO O EL PLIEGUE DEL CODO.</li> <li>TAPABOCAS: POBLACIÓN GENERAL EL USO DE TAPABOCAS CONVENCIONAL OBLIGATORIO EN LOS SIGUIENTES LUGARES: <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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).</li> </ul> </li> <li>LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS ENTRE 20 Y 30 SEGUNDO CON AGUA Y JABÓN</li> <li>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.</li> <li>ASEGURAR DISTANCIA MÍNIMA DE DOS METROS ENTRE UNA Y OTRA PERSONA DE MANERA PERMANENTE.</li> <li>REALICE EL AUTORREPORTE DIARIO PARA VERIFICAR CONDICIONES DE SALUD EN LA ENCUESTA VIRTUAL DE LA EMPRESA O EL USADO POR EL CLIENTE.</li> <li>MANTENGA SEPARADA LA ROPA DEL TRABAJO Y/O LA QUE USA PARA DESCANSAR.</li> <li>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.</li> <li>EVITAR LA MANIPULACIÓN DE TELÉFONOS CELULARES Y RADIOS DURANTE EL TIEMPO DE ALIMENTACIÓN.</li> <li>AL LAVAR Y DESINFECTAR PROCURE SEGUIR LOS PASOS: <ul style="list-style-type: none"> <li>RETIRE POLVO</li> <li>LAVE CON AGUA Y JABÓN</li> <li>ENJUAGUE CON AGUA LIMPIA</li> <li>DESINFECTE CON LÍQUIDO ANTIBACTERIAL.</li> </ul> </li> </ul>							

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:

Nombre: MORENO ARBOLEDA LEYLA SABINA

R. M.: 76-0109 DE 2005 L.S.O.: 724-5 DE 2015



Código de Seguridad

**V703B1H60258**

### Aspirante o Trabajador

Monica Guerrero Fajardo

Firma:

Nombre: GUERRERO FAJARDO MONICA

CC: 66849721