



CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

| FECHA DEL EXAMEN | | | CIUDAD DEL EXAMEN | | TIPO DE EXÁMEN OCUPACIONAL | | ENFASIS EN: | |
|---|-------|------|------------------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------|-------------|
| DIA | MES | AÑO | Quibdó | | EXAMEN OCUPACIONAL INGRESO | | OSTEOMUSCULAR | |
| 24 | julio | 2024 | | | | | | |
| EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA | | | NIT | EPS | | ARL | | Nº ATENCIÓN |
| PARTICULAR | | | NO APLICA. | SANITAS | | SIN ESPECIFICAR | | 280.866 |
| DATOS DEL TRABAJADOR/ASPIRANTE | | | | | | | | |
| Apellidos y Nombres: OMNI MENA PARRA | | | Doc Identificación: CC 11808009 | Edad: 45 Años | Genero: Hombre | | | |
| | | | Teléfono: 3206443057 | Cargo: CONDUCTOR | | | | |
| CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL: CON RECOMENDACIONES | | | | | | | | |
| El concepto de aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados: | | | | | | | | |
| VISIONETRIA (NORMAL) | | | AUDIOMETRIA (NORMAL) | | COLESTEROL (NORMAL) | | TRIGLICERIDOS | |
| (NORMAL) | | | GLICEMIA (NORMAL) | | PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (NORMAL) | | DROGAS EN ORINA | |
| RECOMENDACIONES | | | | | | | | |
| RECOMENDACIONES ERGONÓMICAS | | | | | | | | |
| (*) Realizar cambios posturales cada 2 horas | | | | | | | | |
| RECOMENDACIONES METABÓLICAS | | | | | | | | |
| (*) Continuar medicación y controles médicos periódicos con Hematología | | | | | | | | |
| RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | | | | | | |
| (*) Uso de elementos de protección personal | | | | | | | | |
| (*) Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar | | | | | | | | |
| (*) Realizar Pausas Activas cada dos horas, durante 5 minutos en la jornada laboral | | | | | | | | |
| (*) Entrenamiento en técnicas seguras para la manipulación de las cargas. | | | | | | | | |
| (*) Uso de ayudas mecánicas para desplazamiento de carga, siempre que sea posible | | | | | | | | |
| (*) El uso correcto de las ayudas mecánicas y la utilización segura de las mismas. | | | | | | | | |

Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE (Resolución 2346 del 11 de Julio de 2007 Parágrafo del Artículo 10) Igualmente autorizo expresamente, para que informe al médico de Salud ocupacional sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita copia de la evaluación médica ocupacional, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA LEGISLACIÓN VIGENTE.

FARITH C. MUÑOZ CASTAÑO
Médico
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
R.M. 27-0264 - Lic. S.O. 27-211

Firma y Sello

OMNI MENA PARRA
11808009

Paciente