



**CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL**

| <b>FECHA DEL EXAMEN</b>  |        |      | <b>CIUDAD DEL EXAMEN</b>             |             | <b>TIPO DE EXÁMEN OCUPACIONAL</b> |           | <b>ENFASIS EN:</b> |                        |
|--|--------|------|--------------------------------------|-------------|-----------------------------------|-----------|--------------------|------------------------|
| DIA  | MES    | AÑO  | Quibdó                               |             | EXAMEN OCUPACIONAL<br>INGRESO     |           | OSTEOMUSCULAR      |                        |
| 14   | agosto | 2024 |                                      |             |                                   |           |                    |                        |
| EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA<br>TRANSPORTES PROGRESOS  |        |      | NIT                                  | 891600043-4 | EPS                               | NUEVA EPS | ARL                | Nº ATENCIÓN<br>281.958 |
| <b>DATOS DEL TRABAJADOR/ASPIRANTE</b>  |        |      |                                      |             |                                   |           |                    |                        |
| Apellidos y Nombres:<br>FANNY BLANDON PALACIOS   |        |      | Doc Identificación:<br>CC 1077430148 |             | Edad:<br>37 Años                  |           | Genero:<br>Mujer   |                        |
|  |        |      | Teléfono:<br>3218172040              |             | Cargo: GERENTE                    |           |                    |                        |
| CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL: <b>SIN RESTRICCIONES</b>   |        |      |                                      |             |                                   |           |                    |                        |
| El concepto de aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:<br><b>VISIOMETRIA (ANORMAL)</b> <b>AUDIOMETRIA (NORMAL)</b> |        |      |                                      |             |                                   |           |                    |                        |
| <b>RECOMENDACIONES</b>   |        |      |                                      |             |                                   |           |                    |                        |
| <b>RECOMENDACIONES ERGONÓMICAS</b>   |        |      |                                      |             |                                   |           |                    |                        |
| (*) Mantener apoyada las muñecas y/o antebrazos mientras digita.   |        |      |                                      |             |                                   |           |                    |                        |
| (*) Uso de Silla, con respaldo y banco reposa pies   |        |      |                                      |             |                                   |           |                    |                        |
| <b>RECOMENDACIONES OCUPACIONALES</b>   |        |      |                                      |             |                                   |           |                    |                        |
| (*) 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  |        |      |                                      |             |                                   |           |                    |                        |
| (*) Uso de pantalla de dispositivos electrónicos a la altura de la cabeza  |        |      |                                      |             |                                   |           |                    |                        |
| <b>RECOMENDACIONES VISUALES</b>  |        |      |                                      |             |                                   |           |                    |                        |
| (*) Valoración por optometría de su EPS  |        |      |                                      |             |                                   |           |                    |                        |
| (*) Control Visiometría anual  |        |      |                                      |             |                                   |           |                    |                        |
| (*) Tener buena iluminación para el uso de computador, celular y realizar lecturas   |        |      |                                      |             |                                   |           |                    |                        |

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.

FANNY BLANDON PALACIOS

Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo  
R.M. 27-0264 - Lic. 5027-2113

Firma y Sello

Fanny Blandon Palacios  
1077430148

Paciente