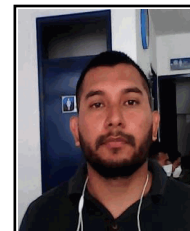




MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 81.303

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
1 DÍA	02 MES	2021 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON CERTIFICACIÓN EN ALTURAS			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
K2 INGENIERIA S.A.S				K2 INGENIERIA			
Nombre de la empresa				Empresa usuaria			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
ORTIZ GUZMAN ANDERSSON ALFONSO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	26 AÑOS 5 MESES 10 DÍAS	CC	1095820449
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo TECNICO DE CAMPO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO PARA EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA TRABAJO EN ALTURAS							SI
RESTRICCIONES LABORALES				RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
OPTOMETRÍA				GLICEMIA			
AUDIOMETRÍA				EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL CON CERTIFICACIÓN EN ALTURAS			
COLESTEROL				ANEXO DE VERTIGO			
TRIGLICERIDOS				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
-----			USO DE EPP			CONTROL DE PESO	
			-----			HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
EJERCICIO FÍSICO / EMPLEO DE LOS EPP / CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL/ CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD, CAPACITACION REGLAMENTOS DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL/ ESTILOS DE VIDA SALUDABLE / TRABAJO SEGURO EN ALTURAS							
ENFASIS EN BIOSEGURIDAD, FRENTE AL COVID -19/EN EL MOMENTO NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA							
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				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: SOLANO ARAQUE RICARDO R. M.: 9654 L.S.O.: 11412				 Firma: _____ Nombre: ORTIZ GUZMAN ANDERSSON ALFONSO CC: 1095820449			