



MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD

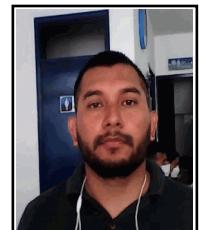
IPS S.A.S.

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

Nº 81.303

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

1 DÍA	02 MES	2021 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
				EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON CERTIFICACIÓN EN ALTURAS

Ciudad

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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 Extranjeria, 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 FISICO / 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico


RICARDO SOLANO ARAQUE
Especialista en S.O.
RM 9654, LSG 2396
Firma: _____

Firma:

Nombre: SOLANO ARAQUE RICARDO

R. M.: 9654

L.S.O.: 11412

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ORTIZ GUZMAN ANDERSSON ALFONSO

CC: 1095820449