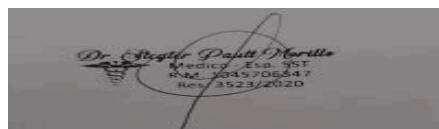




## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 50.636

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
21 DÍA	06 MES	2021 AÑO	EVALUACIÓN MEDICA PARA TRABAJOS EN ALTURAS PERIÓDICO			
			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
K-2 INGENIERIA SAS			K-2 INGENIERIA SAS			
Nombre de la empresa			Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)						
MUÑOZ RODRIGUEZ JORGE HERNAN			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			MASCULINO	35 AÑOS 10 MESES 20 DÍAS	CC	80832005
Apellidos y Nombres				Tipo	Número	
Cargo <b>TECNICO ELECTRONICO</b>						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA PARA CONTINUAR DESEMPEÑADO LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA Y DEL PERFIL DEL CARGO.</b>						
Observaciones: <b>APTO PARA EL CARGO</b>						
SI	APTO PARA CONDUCCION DE VEHICULOS					
SI	APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS					
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:						
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO			✓	GLICEMIA		✓
OPTOMETRIA OCUPACIONAL			✓	COLESTEROL TOTAL		✓
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL			✓	TRIGLICERIDOS		✓
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			✓	ANEXO ALTURAS		✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA		USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO			PRACTICAR HABITOS DE VIDA SALUDABLES	
CONTROL CON OPTOMETRÍA ANUAL		MANTENER ERGONOMÍA DE COLUMNA			REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 30 MIN/DÍA	
REALIZAR AUDIOMETRÍA CADA AÑO		USO ADECUADO DE EPP				
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL				
		CAPACITACIÓN				
		USO DE EPP				
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA Y AUDIOMETRIA USO DE PROTECTOR AUDITIVO DEPENDIENDO EL GRADO DEL RUIDO SE DAN RECOMENDACIONES POR AUMENTO DE PESO REALIZAR EJERCICIO Y DIETA BALANCEADA CAPACITAR EN LOS RIESGOS DEL CARGO SEGÚN MATRIZ DE PELIGROS,MANTENER ERGONOMIA DE COLUMNA,PRACTICAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES,REALIZAR PAUSAS ACTIVAS OCUPACIONALES SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA.,USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA ACTIVIDAD, ACTUALMENTE SIN PATOLOGIAS PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19, NI TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS QUE LE IMPIDAN LABORAR CON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EMITIDAS EN CIRCULAR EXTERNA 0030 DE 2020 DE FECHA 8 DE MAYO 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL FRENTE A LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19						
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: PAUTT MORILLO STAYLER

R. M.: 1045706347

L.S.O.: 3523/20

**Aspirante o Trabajador**

Código de Seguridad

**V652B1H50636**

Firma:

Nombre: MUÑOZ RODRIGUEZ JORGE HERNAN

CC: 80832005