

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1 (#112103)

Examen Periódico Enf.(Osteomuscular/Alturas)



CIUDAD: AGUACHICA

FECHA: 06 05 2025 03:01 PM
DD MM AAAA HORA

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la Empresa	ELECTRICAS DE MEDELLIN - INGENIERIA Y SERVICIOS S.A.S.	Cargo	OPERADOR DE GRUA ALTURAS
Sede	AGUACHICA	Sección / Empresa en Misión	

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Primer nombre	CRISTIAN	Segundo nombre	CAMILO	Primer apellido	ROJAS	Segundo apellido	HERNANDEZ
Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía				Número:	1022098948	Edad:	28 Años

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

☒ Sin limitaciones o restricciones para el cargo ☐ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ☐ Aplazado

Motivo del aplazamiento:

Se recomienda valoración por EPS: ☐ SI ☒ NO

Se entrega formato de remisión a EPS: ☐ SI ☒ NO

Conclusión Ocupacional: Examen Periódico Satisfactorio

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describe cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T	P	Recomendaciones
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Recomendaciones:

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HIGIENE POSTURAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. ALIMENTACIÓN SALUDABLE.

EXÁMENES REALIZADOS

<input checked="" type="checkbox"/> Examen Periódico Enf.(Osteomuscular/Alturas)	<input checked="" type="checkbox"/> AUDIOMETRIA	<input checked="" type="checkbox"/> ESPIROMETRIA	<input checked="" type="checkbox"/> VISIOMETRIA	<input checked="" type="checkbox"/> P. PSICOSENSOMÉTRICA
<input checked="" type="checkbox"/> GLICEMIA	<input checked="" type="checkbox"/> CUADRO HEMATICO	<input checked="" type="checkbox"/> COLESTEROL TOTAL	<input checked="" type="checkbox"/> TRIGLICERIDOS	

Otros exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador: Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar a realizar a mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas. Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizara el(los) examen(es) ocupacional(es). Fui informado de las medidas que tomará Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente y que me encuentro en la capacidad de expresar mi consentimiento.

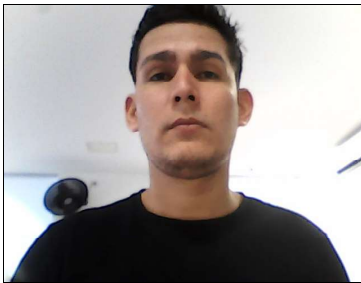
Médico

Firma: Elver Cardenas A.
Nombre: Dr(a) ELVER CARDENAS ANTELIZ
Registro Médico: 1334 Licencia Salud Ocupacional: 8952

Aspirante o trabajador

Firma: C. Rojas
Nombre: CRISTIAN CAMILO ROJAS HERNANDEZ
Documento Identidad: 1022098948

Se realiza la atención del usuario cumpliendo con los protocolos de Bioseguridad para COVID-19 en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social.



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PARA TRABAJAR EN ALTURAS

No. 1 (#112103)

Examen Periódico Enf.(Osteomuscular/Alturas)



CIUDAD: AGUACHICA

FECHA: 06 05 2025 03:01 PM
DD MM AAAA HORA

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la Empresa ELECTRICAS DE MEDELLIN - INGENIERIA Y SERVICIOS S.A.S.	Cargo OPERADOR DE GRUA ALTURAS
Sede AGUACHICA	Sección / Empresa en Misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Primer nombre CRISTIAN	Segundo nombre CAMILO	Primer apellido ROJAS	Segundo apellido HERNANDEZ
Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía		Número: 1022098948	Edad: 28 Años

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

- ☒ Apto Sin limitaciones o restricciones para realizar trabajos en alturas
☐ NO Apto para realizar trabajos y/o labores en alturas
☐ Aplazado

Motivo del aplazamiento:

Se recomienda valoración por EPS: ☐ SI ☒ NO

Se entrega formato de remisión a EPS: ☐ SI ☒ NO

Conclusión Ocupacional:

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describe cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T	P	Recomendaciones
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Recomendaciones:

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HIGIENE POSTURAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.ACATAR PROTOCOLO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

EXÁMENES REALIZADOS

<input checked="" type="checkbox"/> Examen Periódico Enf.(Osteomuscular/Alturas)	<input checked="" type="checkbox"/> AUDIOMETRIA	<input checked="" type="checkbox"/> ESPIROMETRIA	<input checked="" type="checkbox"/> VISIOMETRIA	<input checked="" type="checkbox"/> P. PSICOSENSOMÉTRICA
<input checked="" type="checkbox"/> GLICEMIA	<input checked="" type="checkbox"/> CUADRO HEMATICO	<input checked="" type="checkbox"/> COLESTEROL TOTAL	<input checked="" type="checkbox"/> TRIGLICERIDOS	

Otros exámenes:

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular ☐ Auditivo ☐ Visual ☐ Respiratorio

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador: Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar a realizar a mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento.El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas. Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizara el(los) examen(es) ocupacional(es). Fuí informado de las medidas que tomará Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente y que me encuentro en la capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Elver Cardenas A.
Nombre: Dr(a) **ELVER CARDENAS ANTELIZ**
Registro Médico: 1334 Licencia Salud Ocupacional: 8952

Aspirante o trabajador

Firma: C. Rojas
Nombre: **CRISTIAN CAMILO ROJAS HERNANDEZ**
Documento Identidad: 1022098948

Se realiza la atención del usuario cumpliendo con los protocolos de Bioseguridad para COVID-19 en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social.