

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1 (#112103)



Examen Periódico Énf.(Osteomuscular/Alturas)

CIUDAD: AGUACHICA

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

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa 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 checked="" 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 Énf.(Osteomuscular/Alturas)	<input checked="" type="checkbox"/> AUDIOMETRIA	<input checked="" type="checkbox"/> ESPIROMETRIA	<input checked="" type="checkbox"/> VISIONMETRIA	<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 paraclinico(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) paraclinico(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 paraclinico(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:

Nombre: Dr(a) **ELVER CARDENAS ANTELIZ**

Registro Médico: 1334

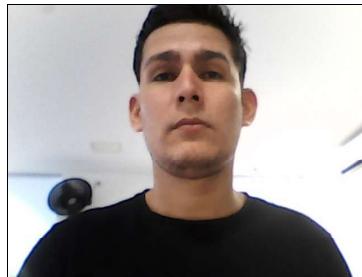
Licencia Salud Ocupacional: 8952

Aspirante o trabajador

Firma:

Nombre: **CRISTIAN CAMILO ROJAS HERNANDEZ**

Documento Identidad: 1022098948



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

PARA TRABAJAR EN ALTURAS

No. 1 (#112103)



Examen Periódico Énf.(Osteomuscular/Alturas)

CIUDAD: AGUACHICA

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

Describa 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 checked="" 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 Énf.(Osteomuscular/Alturas)	<input checked="" type="checkbox"/> AUDIOMETRIA	<input checked="" type="checkbox"/> ESPIROMETRIA	<input checked="" type="checkbox"/> VISIONMETRIA	<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 paraclinico(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) paraclinico(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 paraclinico(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 realizará 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

Elver Carden A.

Firma:

Nombre: Dr(a) **ELVER CARDENAS ANTELIZ**

Registro Médico: 1334

Licencia Salud Ocupacional: 8952

Aspirante o trabajador

C. Leyo

Firma:

Nombre: **CRISTIAN CAMILO ROJAS HERNANDEZ**

Documento Identidad: 1022098948