



MEDIPRO IPS

SALUD OCUPACIONAL

INFORME DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS



NIT. 830.592.359-3

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
05 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO- ENFASIS OSTEOMUSCULAR- CARDIOVASCULAR.			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA NIT: 901056044							
Nombre de la empresa							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
NELSON SALATIEL ORTEGON VELASQUEZ				Genero	Edad	Documento de identificación	
Apellidos y Nombres				Masculino	42 Años	CC	80807633
Carga				Tipo		Número	
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
Observaciones: No Aplica							
CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACION							
APTO PARA TRABAJAR APTO PARA TRABAJAR EN CONDUCCION APTO PARA TRABAJAR ES ESPACIOS CONFINADOS							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES DE APTITUD	
NINGUNA				PERMANENTE		NINGUNA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACION OCUPACIONAL				AUDIOMETRIA			
VISIONOMETRIA				PERFIL LIPIDICO			
GLICEMIA				OSTEOMUSCULAR			
ESPIROMETRIA				PSICOSENSOMETRICO			
RECOMENDACIONES MEDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
CONTROL ANUAL POR MEDICO GENERAL				USO DE EPP		EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA							
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCION ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGUN EL AREA DE TRABAJO.							
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL							
" CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL							
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES							
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)"							
HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE							
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE							
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:				Firma:			
Nombre: KAREN LISEFT IBAÑEZ HERNANDEZ				Nombre: NELSON SALATIEL ORTEGON VELASQUEZ			
R.M.: 1144147508 L.S.O.: 1436-15 JUL 2019				CC: 80807633			