

# MEDIPRO IPS

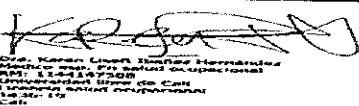
## SALUD OCUPACIONAL



NIT. 830.592.359-3

### INFORME DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

#### CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXÁMEN			TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL																		
05 DÍA	01 MES	2026 AÑO	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO- ENFASIS OSTEOMUSCULAR- CARDIOVASCULAR.																		
BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C. COLOMBIA)			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																
Cargo				Tipo	Número																
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL																					
CUMPLE SIN RESTRICCIÓN PARA LA OCUPACION																					
Observaciones: No Aplica																					
APTO PARA TRABAJAR APTO PARA TRABAJAR EN CONDUCCIÓN APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS																					
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD																	
NINGUNA			PERMANENTE	NINGUNA																	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:																					
<table border="0"> <tr> <td>EVALUACION OCUPACIONAL</td> <td>✓</td> <td>AUDIOMETRIA</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>VISIONETRIA</td> <td>✓</td> <td>PERFIL LIPIDICO</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>GLICEMIA</td> <td>✓</td> <td>OSTEOMUSCULAR</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>ESPIROMETRIA</td> <td>✓</td> <td>PSICOSENSOMETRICO</td> <td>✓</td> </tr> </table>						EVALUACION OCUPACIONAL	✓	AUDIOMETRIA	✓	VISIONETRIA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓	GLICEMIA	✓	OSTEOMUSCULAR	✓	ESPIROMETRIA	✓	PSICOSENSOMETRICO	✓
EVALUACION OCUPACIONAL	✓	AUDIOMETRIA	✓																		
VISIONETRIA	✓	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																					
<p>RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA</p> <p>" USAR ELEMENTOS DE PROTECCION ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGUN EL AREA DE TRABAJO.</p> <p>" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL</p> <p>" CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL</p> <p>" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES</p> <p>RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)"</p> <p>HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE</p> <p>" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE</p>																					
<p>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.</p>																					
MÉDICO			Aspirante o Trabajador																		
 <p>Dra. Karen Liseft Ibañez Hernandez Med. Especialista en Salud Ocupacional RMT. 1.244.147508 Cedula de Ciudadanía Cedula de Extranjeria Cedula de Identidad</p>			 <p>Firma: _____ Nombre: NELSON SALATIEL ORTEGON VELASQUEZ R.M.: 80807633</p>																		
<p>Firma: _____ Nombre: KAREN LISEFT IBÁÑEZ HERNANDEZ R.M.: 1144147508 L.S.O.: 1436-15 JUL 2019</p>																					

CALLE 27 SUR # 22 A 78 \* BOGOTÁ – TEL: 322 797 5423

[www.mediprosaludocupacional.com](http://www.mediprosaludocupacional.com) – [mediprosaludocupacional@gmail.com](mailto:mediprosaludocupacional@gmail.com)