MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD
IPS S.A.S.
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL
NIT. 900374091-1
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 72.464

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	09 MES	2020 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON CERTIFICACIÓN EN ALTURAS**

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

Nombre de la empresa	**Empresa usuaria**
RIGAR S.A.S	**RIGAR S.A.S**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CRUZ MOLINA WILLIAM EDUARDO	MASCULINO	35 AÑOS 6 MESES 6 DÍAS	Tipo: CC	Número: 91538036

Cargo
TÉCNICO ELECTRICISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA TRABAJO EN ALTURAS	**SI**

RESTRICCIONES LABORALES	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

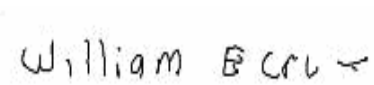
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	HEMOCLASIFICACION	✓
ESPIROMETRÍA	✓	ANEXO DE VERTIGO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
----------	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
	----------	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EJERCICIO FISICO / EMPLEO DE LOS EPP /CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL/ CUMPLIR CON LAS NORMAS, REGLAMENTOS DEL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL/ ESTILOS DE VIDA SALUDABLE / TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
ENFASIS EN BIOSEGURIDAD, FRENTE AL COVID -19 /EN EL MOMENTO NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	**Aspirante o Trabajador**
Firma: 	**Firma:** 
Nombre: SOLANO ARAQUE RICARDO	**Nombre:** CRUZ MOLINA WILLIAM EDUARDO
R. M.: 9654 **L.S.O.:** 11412	**CC:** 91538036