SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4705577 Ext 114-115 - E-mail: gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 38.162

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	10 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S

Nombre Empresa

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	Documento de Identificación		Fecha de Nacimiento	Edad	RH
JIMENEZ RIAÑO ARMANDO	CC (Tipo)	79511422 (Número)	20/04/1971	51 AÑOS	A +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	CASADO(A)

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
OPERARIO	**07/10/2022 05:54:13 a.m.**	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS:	**SI**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
GAFAS DE SEGURIDAD FORMULADAS	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE AUDITIVO	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	NO ALZAR PESO MAYOR DE	DIETA BALANCEADA
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION, ORL .MEDICINA GENERAL,		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR CUMPLE CON LAS CONDICIONES DE SALUD PARA DESARROLLAR TRABAJO EN ALTURAS, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL O LAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN. EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN ALTURAS FISICO PRESENTA HERNIA UMBILICAL REDUCTIBLE A LA PALPACION SE REMITE A EPS PARA EVALUACION POR MEDICINA GENERAL PARA TRATAMIENTO POR CIRUGIA GENERAL, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA, SE REMITE A EPS POR ORL PARA CONTROL Y MANEJO, LABORATORIOS PRESENTA VALORES ELEVADOS DE TRIGLICERIDOS. HIPERLIPIDEMIA SE REMITE A EPS PARA CONTROL Y TRATAMIENTO POR MEDICINA GENERAL .PRESENTA OBESIDAD GRADO 1 SE REMITE A SU EPS PARA CONTROL POR NUTRICION,CON . AMETROPE CORREGIDA . APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS.CON RECOMENDACIONES

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



Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11306568 **L.S.O.:** 6779 DE 09/02/2021

Código de Seguridad
N136T1Z38162

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: JIMENEZ RIAÑO ARMANDO

CC: 79511422

