SEINT SALUD I.P.S. SAS
NIT. 901028266-2
Carrera 70 22 Sur 23. Bogotá - Colombia
PBX 4206577 Ext 114-115 - E-mail. gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.874

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	05 MES	2023 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
RODRIGUEZ MARTINEZ JORGE ELIECER	CC (Tipo)	8840744 (Número)	22/09/1968	54 AÑOS	B +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
PRIMARIA	MASCULINO	UNIÓN LIBRE

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
AUXILIAR DE OBRA	**08/05/2023 06:57:10 a.m.**	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

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	✓	ANEXO OSTEOMUSCULAR	✓
ESPIROMETRÍA	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓
ELECTROCARDIOGRAMA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	HACER DEPORTE
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO : 6 MESES	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA. ORL.		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA CERTIFICA, 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 PERIODICO CON ENFASIS DE ALTURAS FISICO NORMAL, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS PRESENTA HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA. SE REMITE A EPS POR ORL PARA CONTROL Y MANEJO. PRESENTA AMETROPE NO CORREGIDO, SE REMITE A EPS POR OPTOMETRIA PARA CONTROL Y MANEJO. LABORATORIOS DENTRO DE LOS PARAMETROS. ELECTROCARDIOGRAMA BRADICARDIA SIN OTRAS ALTERACIONES .APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON INFORME DE ORL EMITIDO EL DIA 28/02/23. POR DOCTOR HECTOR FAUMER GARZON, REGISTRO PROFESIONAL 79295084. PACIENTE CON EXPOSICION LABORAL A RUIDOS CON ADECUADA PROTECCION AUDITIVA. AL EXAMEN FISICO DEL MOMENTO NO PRESENTA CONTRAINDICACION PARA EJECUTAR SUS ACTIVIDADES INCLUIDAS LABORES EN ALTURAS. SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE SEGURIDAD PERTINENTES. CONTINUAR MANEJO MEDICO POR ESPECIALIDAD.

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
E136K1Q40874

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: RODRIGUEZ MARTINEZ JORGE ELIECER

CC: 8840744

