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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.039

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23	02	2023	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	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 Identidad		Nacimiento	Edad	RH
SATOBA VANEGAS MANUEL HERNANDO	CC	79965968	02/01/1978	45 AÑOS	O +

PRIMARIA	MASCULINO	SEPARADO(A)
CONDUCTOR	**23/02/2023 06:20:47 a.m.**	**23/02/2023 06:50:21 a.m.**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos):	**N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	AGUDEZA VISUAL	✓
ESPIROMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
		HÁBITOS SALUDABLES
		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		HACER DEPORTE
		NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA

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 FISICO NORMAL, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS AMETROPE NO CORREGIDO, SE REMITE A EPS POR OPTOMETRIA PARA CONTROL Y MANEJO. APTO PARA TRABAJAR.
*CONOCE Y DA ACEPTACION DE LA LEY 1581 HABEAS DATA. CONCENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE MUESTRA.

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 09/02/202

Código de Seguridad
Q136W1C40039

Aspirante o Trabajador



Firma:



Nombre: SATOBA VANEGAS MANUEL HERNANDO

CC: 79965968