VoBo: Angie Natalia Munoz
31 ENERO 2023
10:10 a.m

# SEINT SALUD I.P.S. SAS

***NIT. 901028266-2***

Carrera 70 22 Sur 23, Bogotá - Colombia
PBX 4205577 Ext 114-115 - E-mail: gerencia@seintsalud.com
LIC. SO 4513 del 27/04/2017



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 39.665**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 30 DÍA | 01 MES | 2023 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO |

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

**INGENIERIA DE PERFORACIONES HORIZONTALES S.A.S**

Nombre Empresa

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

| Apellidos y Nombres | Documento de Identificación | | Fecha de Nacimiento | Edad | RH |
|---|---|---|---|---|---|
| **LAGOS MONSALVE JOSE SATURNINO** | CC (Tipo) | 4245270 (Número) | 18/10/1957 | 65 AÑOS | B + |

| Nivel Educativo | Genero | Estado Civil |
|---|---|---|
| PRIMARIA | MASCULINO | SEPARADO(A) |

| Cargo | Fecha y Hora de Ingreso | Fecha y Hora de Salida |
|---|---|---|
| **AUXILIAR DE OBRA** | **30/01/2023 06:15:57 a.m.** | **30/01/2023 09:10:51 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 | HABITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | HACER DEPORTE |
| VALORACIÓN POR EPS - ORL POR PATOLOGIA HIPOACUSICA REFERIDA | | DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS |
| | | 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 DE INGRESO FISICO NORMAL. SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS AMETROPE CORREGIDO. APTO PARA TRABAJAR CON REMISION A ORL POR PATOLOGIA HIPOACUSICA REFERIDA.
*CONOCE Y DA ACEPTACION DE LA LEY 1581 HABEAS DATA. CONSENTIMIENTO 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ OSCAR JAIR

R. M.: 11308568 L.S.O.: 6779 DE 09/02/2021

Código de Seguridad **R136X1D39685**

**Aspirante o Trabajador**



Firma:

Nombre: LAGOS MONSALVE JOSE SATURNINO

CC: 4246270



Software para el sector salud - www.biofile.com.co