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° 37.145

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 DÍA	08 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
SARMIENTO AGAMEZ ROGER EDUARDO	CC (Tipo)	72073917 (Número)	27/10/1975	46 AÑOS	O +

Nivel Educativo	Genero	Estado Civil
SECUNDARIA	MASCULINO	UNIÓN LIBRE

Cargo	Fecha y Hora de Ingreso	Fecha y Hora de Salida
AUXILIAR	**01/08/2022 06:03:45 a.m.**	**01/08/2022 06:55:58 a.m.**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS:	**SI**
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS:	**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	✓	COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION. OPTOMETRIA. ORL. MEDICINA GENERAL	SVE CARDIOVASCULAR	DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA 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 PROTECCION SOCIAL O LAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, SUSTITUYAN O ADICIONEN. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS FISICO PRESENTA SOBREPESO Y HERNIA UMBILICAL, SE REMITE A EPS PARA VALORACION POR NUTRICION Y MEDICINA GENERAL. PULMONAR NORMAL, PARACLINICOS AMETROPE NO CORREGIDO, SE REMITE A EPS PARA VALORACION POR OPTOMETRIA. PRESENTA HIPOACUSIA BILATERAL, SEGUIMIENTO POR ORL DE SU EPS. LABORATORIOS PRESENTA COLESTEROL ELEVADO. SE REMITE A EPS PARA VALORACION Y TRATAMIENTO POR MEDICINA GENERAL. APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

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 Y136E1K37145

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: SARMIENTO AGAMEZ ROGER EDUARDO

CC: 72073917

