



SEINT SALUD I.P.S. SAS

NIT. 901028266-2

Carrera 70 22 Sur 23. Bogotá - Colombia

PBX 47015577 Ext: 114-115 - E-mail: gerencia@seintsalud.com

LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.183

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
06 DÍA	03 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO				
Ciudad								
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
HERRERA HERRERA VICTOR JULIO				CC	16160873	05/04/1970	52 AÑOS	O +
				Tipo	Número			
Nivel Educativo				Genero		Estado Civil		
PRIMARIA				MASCULINO		CASADO(A)		
Cargo				Fecha y Hora de Ingreso		Fecha y Hora de Salida		
OFICIAL DE OBRA				06/03/2023 06:48:10 a.m.		06/03/2023 09:09:01 a.m.		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL								
SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO								
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:								
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		
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			SVE CARDIOVASCULAR			DIETA BALANCEADA		
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA, MEDICINA GENERAL			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					
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 CON ENFASIS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS FISICO NORMAL. SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS PRESENTA AMETROPE NO CORREGIDO, SE REMITE A EPS POR OPTOMETRIA PARA CONTROL Y MANEJO. PRESENTA HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA. CONTINUAR MANEJO MEDICO POR ORL Y AUDIOMETRIA. LABORATORIOS PRESENTA HIPERTRIGLICERIDEMIA. SE REMITE A EPS POR MEDICINA GENERAL PARA CONTROL Y MANEJO. (((PEND RESULTADO DE EKG))) APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS CON OBSERVACION Y RECOMENDACION; PACIENTE PRESENTA INFORME DE ORL EMITIDO EL DIA 20/02/2023. POR AUDIOLOGA KELLY LUNA, CLINICA CINDA. CONTROL CON MEDICO ORL. CONTROL AUDIOLOGICO ANUAL, SE SUGIERE CORRELACIONAR CON LOGOAUDIOMETRIA E INMITANCIA ACUSTICA. SE SUGIERE USO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA DE INSERCIÓN Y COPA.								
*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 antes 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 **G136M1S40183**



Código de Seguridad

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: HERRERA HERRERA VICTOR JULIO

CC: 16160873

