



SEINT SALUD I.P.S. SAS

NIT. 901028266-2

Carrera 70 22 Sur 23. Bogotá - Colombia

PBX 4705577 Ext 114-115 - E-mail: gerencia@seintsalud.com

LIC. SO 4513 del 27/04/2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 39.813

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
03 DÍA	02 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
CUBILLOS MIGUEL ANGEL				CC	79639032	17/12/1973	49 AÑOS	A +
				Tipo	Número			
Nivel Educativo				Genero		Estado Civil		
SECUNDARIA				MASCULINO		SOLTERO(A)		
Cargo				Fecha y Hora de Ingreso		Fecha y Hora de Salida		
CONDUCTOR-OPERARIO				03/02/2023 06:27:26 a.m.		03/02/2023 08:42:15 a.m.		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL								
SATISFACTORIO								
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				COLESTEROL / TRIGLICERIDOS / GLICEMIA				
ESPIROMETRÍA				-----				
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL			USO DE EPP			DEJAR DE FUMAR		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			SVE VISUAL			HÁBITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			SVE AUDITIVO			CONTROL DE PESO		
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION. OPTOMETRIA. ORL. MEDICINA GENERAL			SVE CARDIOVASCULAR			HACER DEPORTE		
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS		
						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 DE INGRESO CON ENFASIS DE ALTURAS FISICO PRESENTA SOBREPESO. SE REMITE A EPS POR NUTRICION PARA CONTROL Y MANEJO, SIN ALTERACIONES A NIVEL RESPIRATORIO, PARACLINICOS HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA. SE REMITE A EPS POR ORL PARA CONTROL Y MANEJO. PRESENTA AMETROPIA NO CORREGIDA. SE REMITE A EPS POR OPTOMETRIA PARA CONTROL Y MANEJO. LABORATORIOS PRESENTA CIFRAS DE GLICEMIA Y TRIGLICERIDOS ELEVADOS , SE REMITE A EPS DE MANERA PRIORITARIA POR MEDICINA GENERAL PARA CONTROL Y MANEJO.. APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES DE ESPECIALIDAD.								
*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 **A136G1M39813**



Código de Seguridad

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CUBILLOS MIGUEL ANGEL

CC: 79639032

