ODONTOMEDIC IPS S.A.S.
NIT. 900.014.435-6
Código de Prestador: 950010010001
Calle 13 No. 19a-61 Barrio El Modelo, San José del Guaviare
Cels. 3134859449 - 3142507053 - Tel. (8) 5840702 - E-mail. odontomedicips@gmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.599

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	01 MES	2023 AÑO	SAN JOSÉ DEL GUAVIARE (GUAVIARE, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

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

PARTICULARES	PARTICULAR - SENA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
OSPINA DUQUE JORGE HERNAN	MASCULINO	46 AÑOS 1 MESES 30 DÍAS	CC (Tipo)	75082065 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	OBSERVACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	TEST PSICOMETRICO PARA CONDUCTORES	✓
ESPIROMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
VISIOMETRÍA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
CUADRO HEMATICO	✓	COLESTEROL HDL	✓
ELECTROCARDIOGRAMA	✓	COLESTEROL LDL	✓
GLUCOSA	✓	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓
PARCIAL DE ORINA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
GAFAS DE SEGURIDAD FORMULADAS	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
LAVADO FRECUENTE DE MANOS Y USO PERMANENTE DE TAPABOCAS POR ACTUAL PANDEMIA DE COVID-19	SVE OSTEOMUSCULAR	DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS
		NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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. Fuí 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		Aspirante o Trabajador
Firma:		Firma:
Nombre: JAIMES LESMEZ LENIS CAROLINA		Nombre: OSPINA DUQUE JORGE HERNAN
R. M.: 77652-96 L.S.O.: RES. 2101	Código de Seguridad C827I1O2599	CC: 75082065