MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S.
NIT.900.889.250-5
Profesionales de Salud Ocupacional CRA 77 33 A 06
SUR. Barrió Kennedy Central. Teléfono: 3828143-301
5473361

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 19309

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DIA	02 MES	2023 AÑO	BOGOTA (BOGOTA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

Nombre de la empresa	NIT

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadania, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
RODRIGO GONZALEZ ANDRADE	MASCULINO	60 AÑOS	Tipo: CC	Número: 19498203
Cargo				

INDEPENDIENTE

CONCEPTO

Observaciones: APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

NINGUNA

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 OSTEOMUSCULAR ✓	ELECTROCARDIOGRAMA
PRUEBA VESTIBULAR (ALTURAS) ✓	PERFIL LIPÍDICO
OPTOMETRÍA ✓	GLICEMIA ✓
AUDIOMETRÍA ✓	✓

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CAPACITACION EN EJECUCION SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
8. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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 asesoria indada. 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 mi en este examen son completas y veridicas. 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 Clinica 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	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma:
Nombre: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE	Nombre RODRIGO GONZALEZ ANDRADE
R. M.: 1798-1990 L.S.O.: 2552 SST.	CC: 19.498.203

Grabar | Nuevo | Buscar | Eliminar | Ayuda

REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC -

Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador 1100129578 - Clase de Prestador

Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio

Código de la Sede -

Nombre de la Sede

SERVICIO

Grupo Número Distintivo de Habilitación del Servicio

Servicio

Horarios

Modalidades

Intramural
Extramural
Telemedicina

Telemedicina Prestador de Referencia
Telemedicina Prestador de Remisor

Especificidades

Complejidad

Fecha apertura del servicio AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: miércoles 27 de marzo de 2024 (9:57 a.m.)

Excel | Word | Texto | ;

(5) registros encontrados.

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100129578	01	MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL SAS	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0107938
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100129578	01	MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL SAS	337 -OPTOMETRÍA	DHSS0107939
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100129578	01	MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL SAS	407 -MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	DHSS0107940
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100129578	01	MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL SAS	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0107941
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100129578	01	MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL SAS	740 -FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	DHSS0107943

1

Grabar | Nuevo | Buscar | Eliminar | Ayuda