CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171517-3
Dirección CRA 21 N 26-52 SUR/ CRA 21 N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 481

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	11 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS

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

PARTICULARES CONTADO	SEPROM LIMITADA
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)

JOHN ALEXANDER RAMIREZ PULIDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	40 AÑOS 4 MESES 11 DÍAS	CC	80761622
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

Observaciones: *APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS*

APTO	APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

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	✓	CERTIFICADO DE INGRESO +ENFASIS EN ALTURAS	✓
OPTOMETRÍA	✓	GLICEMIA+COLESTEROL+TRIGLICERIDOS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	CAPACITACIÓN : TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL NUTRICIONAL POR EPS

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

Dr. Jim Roger Sanchez B.
Esp. Salud Ocupacional
L.S.O. 026/2019
RM 253781/03
DTO. SALUD OCUPACIONAL

Firma:

Nombre: SANCHEZ BENAVIDEZ JIM ROGER

M.: 293701/03 **L.S.O.:** 026/2019

Código de Seguridad
M1261S1Y481

Aspirante o Trabajador

Firma: Ramirez P John CC.80761622

Nombre: JOHN ALEXANDER RAMIREZ PULIDO

CC: 80761622

Powered by CamScanner