MEDISSCOP S.A.S
MEDICOS ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
HIGIENE LABORAL Y SEGURIDAD INDUSTRIAL
Nit. 900906434-2
CALI
CRA 30 # 9 C - 48 B/CHAMPAGNAT DETRAS DEL FOECEP
TEL: 382-25-55
PALMIRA
CALLE 37 # 26-33 B/SANTA RITA
TEL: 283-66-45
www.medisscop.com.co
medisscop@gmail.com
contamedisscop@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 7,422

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	03 MES	2023 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

SEPRON LIMITADA	SEPRON 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)

RIAÑO ROJAS CARLOS ADRIAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	42 AÑOS 9 MESES 21 DÍAS	CC	79977480
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ELECTRICISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓	GLUCOSA ✓

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
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA.

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: ACHINTE GARCIA ALMA NELSY

R. M.: 1244 **L.S.O.:** 0746-21

Código de Seguridad
X1283D1J7422

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: RIAÑO ROJAS CARLOS ADRIAN

CC: 79977480

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS
Nit 900171517-3
Dirección CRA 21N 26-52 SUR/ CRA 21N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3476768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 640

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	SEPRON LIMITADA NIT: 900326085-0

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	
JULIAN RODOLFO SICHACA RENTERIA	MASCULINO	22 AÑOS 0 MESES 9 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1000349390

Cargo: **RESIDENTE**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD CORREGIBLE QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

APTO — APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
PACIENTE CON AMETROPIA, COLESTEROL 219MGRS/DL, TRIGLICERIDOS 191MGRS/DL,GLICEMIA 95MGRS/DL.	TEMPORAL	DEBE CONSULTAR EN SU EPS PARA MANEJO DE HIPERLIPIDEMIA MISXTA, ADEMAS REQUIERE FORMULACION DE ANTEOJOS

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
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		
VALORACIÓN POR EPS		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ANTES DE INICIAR LABORES DEBE SER VALORADO EN EPS, Y POSTERIOR A ESTAR EN TRATAMIENTO, NUEVA VALORACION OCUPACIONAL.

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. Franklin Andres Guevara
Medico Y Cirujano General
Especialista Seguridad Y Salud En El Trabajo
EEmáM 239MO - Licencia No. 6011 De 09/05/2019

Nombre: GUEVARA VILLALBA FRANKLIN ANDRES

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: JULIAN RODOLFO SICHACA RENTERIA

Software para el sector salud - www.bionline.com.co