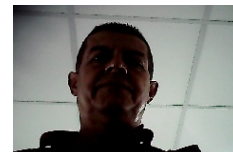


H.C.: 71662705-321578

Fecha y Lugar: 20/04/2023

MEDELLIN



## 1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

**Empresa Contratante:**  
ENERGIZANDO INGENIERIA Y CONSTRUCCION

**Dirección:** CLL 31 6 24

**Teléfono(s):** 4487997

3128337162

**NIT:** 900155215

**Ciudad:** ITAGUI

**E-Mail:** facturacion@energizando.com

**Empresa en Misión:** ENERGIZANDO INGENIERIA Y CONSTRUCCION - KM8

**Actividad Económica:**

**Nivel de Riesgo:**

5

## 2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

**Nombre:** BERNARDO MONSALVE  
**Género:** MASCULINO **Edad:** 57  
**Fecha y Lugar de Nacimiento:** 7/04/1965 MEDELLIN  
**Estado Civil:** CASADO(A)  
**Dirección:** CALLE 71A # 38 18 APT 301 MEDELLIN  
**ARL:** COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A.

**Identificación:** 71662705  
**Teléfono:** 3027320883  
**Cargo:** AYUDANTE ELECTRICO 1  
**Escolaridad:** BACHILLERATO  
**EPS:** EPS SURA  
**AFP:** COLPENSIONES

**Rh:**  
**Móvil:**

## 3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

**NO PRESENTA CONDICION DE SALUD QUE GENERE VULNERABILIDAD AL COVID-19  
PRESENTA RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS. SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO**

## 4. ACLARACIONES AL CONCEPTO MÉDICO

Conservar distanciamiento social entre 1.5 y 2mts entre puestos de trabajo, uso de elementos de protección personal, lavado de manos frecuente, desinfección de herramientas y puesto de trabajo-- CITA CON MEDICO DE EPS - UTILIZAR LENTES PARA LABORAR - CONTROL DE PESO Y HABITOS SALUDABLES

## 5. RESTRICCIONES

ALTURAS

## 6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.  
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.  
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.  
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.  
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.  
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.  
VISIOMETRIA U OPTOMETRIA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .  
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.  
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

## 7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

**ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD** REALIZADO

**AUDIOMETRIA** NORMAL.

**VISIOMETRIA** REALIZADO

**GLICEMIA** REALIZADO

**PERFIL LIPIDICO** REALIZADO

**ANEXO ALTURAS** REALIZADO

**ANEXO OSTEOMUSCULAR** NORMAL

## Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

CARDIOVASCULAR

-

VISUAL

-

## Información de Remisiones

MÉDICINA GENERAL EPS

VALORACION Y MANEJO EPS - REPETIR ELECTROCARDIOGRAMA -

### 'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paradiánicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar la capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento que le sean realizadas  
En la fecha como mayor de edad identificado como aparece al lado de la firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias  
De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado, Autorizo a LABORA VITAL IPS, para realizarme los exámenes clínicos y paradiánicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría /visiometría, toma de muestra de sangre y de otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias necesarias según el cargo a desempeñar ? también autorizo en el caso de requerirse realización de consulta médica por modalidad de telemedicina /telemedicina, del cual fui informado y tengo pleno conocimiento que se realiza a

través de contacto telefónico / video llamada. ENTIENDO QUE mi atención podrá ser derivada a una atención presencial, si el profesional de salud así lo define, COMPRENDO que yo puedo ELEGIR la modalidad de atención. ACEPTO que los datos que suministre harán parte de una historia clínica GARANTIZANDO privacidad y confidencialidad Y que la información suministrada de mi parte al profesional es VERAZ y CIERTA, que no omití datos de salud u otros datos relevantes, ni estoy incurriendo en falsedad de información. También autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido oportunidad de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes. Se atiende paciente según protocolo de bioseguridad covid-19 con todos los Elementos de Protección Personal, uniforme antifluído, bata antifluído manga larga blanca, bata desechable manga larga, tapa boca, protección visual, gorro desechable y guantes desechables.'

ALEJANDRA CHADID DIAZ



BERNARDO MONSALVE

71662705

Firma y cédula del Paciente

Médico Especialista en Salud Laboral

L.S.O 4502 Reg.

1605