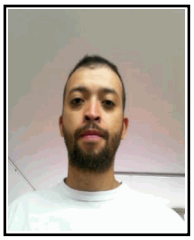
SERVICIO MEDICO LABORAL IPS SAS
NIT. 901369929- 1
HABILITACIÓN EN SALUD 7600112622-01
Avenida 2Norte 24N -53 Barrio San Vicente. Cali,Colombia
Tel. 3087146- 3158628647-3144812853 - E-mail. recepcion.sermelips@gmail.com
www.sermelips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.758

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	12 MES	2023 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

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

PARTICULAR	PARTICULAR
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	
LOPEZ OSORIO JUAN DAVID	MASCULINO	33 AÑOS 10 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	1112101644 (Número)

Cargo
PROFESIONAL SST

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON CONDICIONES DE SALUD QUE NO AFECTAN SU DESEMPEÑO LABORAL

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
APTO	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
PATOLOGIA VISUAL MAYOR A 20/40	PERMANENTE	LABORAR CON LENTES FORMULADOS

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

EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	GLUCOSA SERICA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
ESPIROMETRÍA	✓	TRIGLICERIDOS (TGS)	✓
VISIOMETRÍA	✓	ANEXO DE ALTURAS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NIEGA ENCONTRARSE EN PROCESOS DE CALIFICACIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL Y/O ENFERMEDAD COMÚN POR EPS Y/O ARL, NIEGA CALIFICACIONES PREVIAS POR PCL.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



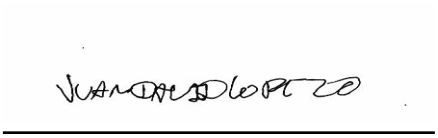
Firma:

Nombre: DONNEYS LEON PAOLA ANDREA

R. M.: 761085 **L.S.O.:** 1622-21

Código de Seguridad
W837C1I15758

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: LOPEZ OSORIO JUAN DAVID

CC: 1112101644

