vitalmediIPS
SALUD OCUPACIONAL

NIT. 900.149.333-6
Cra. 22 No. 22-33 / B. Olaya
Cel.: 302 846 2134 / 324 875 3609
vitalmediipsocupacional@gmail.com
Verificaciones:
www.vitalmediips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
14 DIA	03 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL PARA ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
MARVIC CONSTRUCCIONES SAS NIT 901339416-5	PESO / 83 KG RH O+ ESTATURA/ 170 CM

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, PT:

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
JORGE LUIS WALTEROS NAVARRO	MASCULINO	36 ÑOS	CC (Tipo)	1026255894 (Número)

Cargo: **AYUDANTE AVANZADO**

CONCEPTO DE APTITUD O CUPACIONAL: **CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA PARA CONTINUAR DESEMPEÑADO LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA Y DEL PERFIL DEL CARGO.**

Observaciones: *APTO*

SI	APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS
SI	APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

OPTOMETRIA OCUPACIONAL	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	✓	TRIGLICERIDOS	✓
ESPIROMETRIA OCUPACIONAL	✓	ANEXO ALTURAS	✓
ELECTROCARDIOGRAMA	✓	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
GLICEMIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	CAPACITAR EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	BAJAR DE PESO
	CAPACITACION	
	USO DE EPP	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- ANTES DE REALIZAR UN TRABAJO EN ALTURA DEBE RECIBIR UN ENTRENAMIENTO Y ESTAR CERTIFICADO EN ESTA TAREA PARA PREVENIR ACCIDENTALIDAD.
- INSPECCIONAR LOS SISTEMAS ANTICAIDAS ANTES Y DESPUÉS DE SER UTILIZADOS.
- USAR Y MANTENER EN BUEN ESTADO LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (CASCO, ARNÉS DE CUERPO COMPLETO CON DOBLE ESLINGA, LÍNEA DE VIDA, CINTURÓN PORTAHERRAMIENTAS, ENTRE OTROS NECESARIOS SEGÚN LA LABOR A DESEMPEÑAR).
- RECORDAR QUE NO SE PUEDEN REALIZAR ACTIVIDADES EN ALTURAS EN ESTADO DE ALICORAMIENTO O BAJO EL EFECTO DE DROGAS ALUCINOGENAS.
- MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN COVID 19
- SUMINISTRAR INFORMACION CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL AREA DE SST.
- MANTENER ALTO EL NIVEL DE ATENCIÓN Y EVITAR DISTRACCIONES QUE PUEDAN PROVOCAR UN ACCIDENTE.
- UTILIZACIÓN DE CALZADO CON SUELAS ANTIDESLIZANTES.
- MANTENER UNA ADECUADA ALIMENTACION E HIDRATACION. EVITAR LA OBESIDAD Y EL SEDENTARISMO.
- PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR Y MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN COVID 19
- SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST.
- INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO.

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

Juan Carlos Martínez F.
Médico Ocupacional
R.M. 79.801.504

Firma:

Nombre: JUAN CARLOS MARTÍNEZ

R. M.: 79801504 **L.S.O.:** 6033/2022

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre:

CC: