MEDISSCOP S.A.S
MÉDICOS ESPECIALISTAS EN LA SALUD OCUPACIONAL
HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

Nit: 900896434 - 2
Carrera: 30# 9C - 48
B/ Champagnat detras del FCECEP
Tel: 378-53-41
Palmira
Calle 37 #26 -33 B/ Santa Rita
Tel: 378-53-41 / 262-32-74
www.medisscop.com.co
medisscop@gmail.com
contamedisscop@gmaiil.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.658

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	08 MES	2024 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
TISAS - CARLOS TORRES INGENIERIA S.A.S.	TISAS - CARLOS TORRES INGENIERIA S.A.S.

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	
RENDON GARCIA FABIO NELSON	MASCULINO	42 AÑOS 10 MESES 29 DÍAS	CC (Tipo)	16552867 (Número)

Cargo
OPERARIO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	GLUCOSA	✓
VISIOMETRIA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE ALTURAS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
		CONTROL DE PESO
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

H919 HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA.

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: MUÑOZ OROZCO LUIS ALBERTO

R. M.: 16833 **L.S.O.:** 0121

Código de Seguridad
Z1283F1L32658

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RENDON GARCIA FABIO NELSON

CC: 16552867