

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
NIT 900.889.250-5
Profesionales de Salud Ocupacional
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
3828143 - 3015473361

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

No. 9669

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO
20 **DIA**	02 **MES**	2024 **AÑO**	**BOGOTÁ (BOGOTÁ,COLOMBIA)** CIUDAD	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS**

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

T&C INGENIEROS SAS	**900569549-9**
NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC. CEDULA DE CIUDADANÍA, CE. CEDULA DE EXTRANJERÍA, TI. TARJETA DE IDENTIDAD, PT. PASAPORTE)

LUIS ADRIAN ARENILLA RODRIGUEZ	GENERO	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
APELLIDOS Y NOMBRES	**MASCULINO**	**25 AÑOS**	**C.C** TIPO	**1099553463** NÚMERO

CARGO

MAESTRO DE OBRA

CONCEPTO:

APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

OBSERVACIONES:

NINGUNA

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

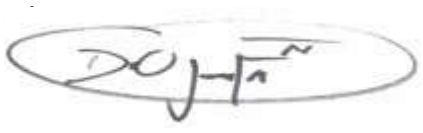
EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES PRACTICADOS

- OSTEOMUSCULAR (FUERZA MUSCULAR, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS)
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPÍDICO
- AUDIOMETRIA
- GLICEMIA

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico registrado en este documento. El doctor 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 indada. 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



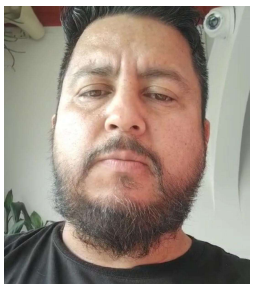
PROFESIONAL: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE

ASPIRANTE O TRABAJADOR
FIRMA

REGISTRO 1798-1990 2552 SST.

LUIS ADRIAN ARENILLA RODRIGUEZ

CC 1099553463



MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
NIT 900.889.250-5
Profesionales de Salud Ocupacional
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
3828143 - 3015473361

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

No. 9669

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO
20 **DIA**	02 **MES**	2024 **AÑO**	**BOGOTÁ (BOGOTÁ,COLOMBIA)** CIUDAD	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS**

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

T&C INGENIEROS SAS	**900569549-9**
NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC. CEDULA DE CIUDADANÍA, CE. CEDULA DE EXTRANJERÍA, TI. TARJETA DE IDENTIDAD, PT. PASAPORTE)

CARLOS ANDRES TORRES MENDOZA	GENERO	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
	MASCULINO	**40 AÑOS**	**C.C**	**80793137**
APELLIDOS Y NOMBRES			TIPO	NÚMERO

CARGO

MAESTRO DE OBRA

CONCEPTO:

APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

OBSERVACIONES:

NINGUNA

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

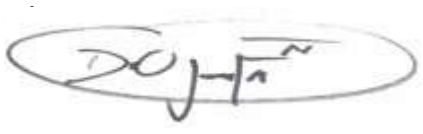
EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES PRACTICADOS

- OSTEOMUSCULAR (FUERZA MUSCULAR, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS)
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPÍDICO
- AUDIOMETRIA
- GLICEMIA

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico registrado en este documento. El doctor 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 indada. 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



PROFESIONAL: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE

ASPIRANTE O TRABAJADOR
FIRMA

REGISTRO 1798-1990 2552 SST.

CARLOS ANDRÉS TORRES MENDOZA

CC 80793137



MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
NIT 900.889.250-5
Profesionales de Salud Ocupacional
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
3828143 - 3015473361

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

No. 9668

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO
20 **DIA**	02 **MES**	2024 **AÑO**	**BOGOTÁ (BOGOTÁ,COLOMBIA)** CIUDAD	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS**

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

T&C INGENIEROS SAS	**900569549-9**
NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC. CEDULA DE CIUDADANÍA, CE. CEDULA DE EXTRANJERÍA, TI. TARJETA DE IDENTIDAD, PT. PASAPORTE)

CRISTHIAN ANDRES SEPULVEDA BOBADILLA	GENERO	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
	MASCULINO	**28 AÑOS**	**C.C**	**1118556645**
APELLIDOS Y NOMBRES			TIPO	NÚMERO

CARGO

MAESTRO DE OBRA

CONCEPTO:

APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

OBSERVACIONES:

NINGUNA

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

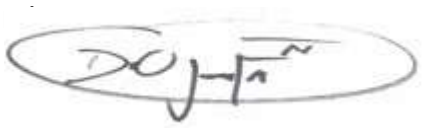
EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES PRACTICADOS

- OSTEOMUSCULAR (FUERZA MUSCULAR, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS)
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPÍDICO
- AUDIOMETRIA
- GLICEMIA

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1. CAPACITACIÓN EN EJECUCIÓN SEGURA DE SUS TAREAS.
2. HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES.
3. AUTOCUIDADO.
4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA).
5. PAUSAS ACTIVAS.
6. CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.
7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCIÓN AMBIENTAL Y RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor abajo mencionado a realizar mi examen médico registrado en este documento. El doctor 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 indada. 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



PROFESIONAL: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE

ASPIRANTE O TRABAJADOR
FIRMA

REGISTRO 1798-1990 2552 SST.

CRISTHIAN ANDRES SEPULVEDA BOBADILLA

CC 1118556645