# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS





**FECHA DE EXAMEN** 03/10/2024 7.20 AM
**TIPO EXAMEN:** INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS

## DATOS DE INSTITUCION

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre:** | HELP OCUPACIONAL SAS | **Nit:** | 900479126 |
| **Dirección:** | CRA. 18A No.53-50 CS 101 | **e-mail:** | certificadoshelpocupacional@gmail.com |
| **Teléfonos:** | (571) 631 5344 - 314 2601669 – 314 2601616 | **Sede:** | BOGOTA |

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres** | RODRIGO ANTONIO | | | **Apellidos** | PEREZ | | | | |
| **Identificación** | CC | 15046754 | **Edad** | 58 Años | **Genero** | M | **Grupo sanguíneo** | | O + |
| **Procedencia** | **Lugar de nacimiento** | SAHAGUN CORDOBA | | | **Fecha de nacimiento** | | 03/11/1965 | **Estrato** | 2 |
| **Estado civil** | Unión libre | **Escolaridad** | 3° Primaria | | **Teléfonos** | 3004046544 | | | |
| **Departamento** | Bogotá, D.C. | **Municipio** | Bogotá, D.C. | | **Dirección** | CALLE 28 43 B 6 | | | |
| **EPS** | NUEVA E.P.S | | | | | | | | |
| **ARL** | COMPAÑÍA SURAMERICANA | | | **Fondo de Pensiones** | PORVENIR | | | | |

## DATOS EMPRESA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **EMPRESA** | OROS ACEVEDO JOSE LUIS | **EMPRESA USUARIA** | NO APLICA |
| **CARGO** | OFICIAL | | |
| **FECHA DE INGRESO** | | **JORNADA DE TRABAJO** | DIURNO |

**EXAMENES REALIZADOS**

| | | |
|---|---|---|
| EXAMEN AUDIOMETRIA | EXAMEN VISIOMETRIA | GLICEMIA BASAL |
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS | PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL TOTAL-HDL-LDL-TRIGLICERIDOS) | |

**CONCEPTO DE APTITUD**

| | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS |
| **OBSERVACIONES** | NO PRESENTA SINTOMAS, NO SE EVIDENCIAN SIGNOS PARA SARSCOV2-COVID19 EN EL MOMENTO DEL EXAMEN |
| **RECOMENDACIONES** | CONTROL MEDICO RUTINA POR E.P.S |

## RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL (GENERALES)

### OCUPACIONALES

| | |
|---|---|
| Uso de EPP | Pausas activas |

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"



MAYRA ESMERALDA RAMOS HERNANDEZ
C.C 1032358700 RM: 7122-2013
Firma y sello del Médico Evaluador



RODRIGO ANTONIO PEREZ
C.C 15046754
Firma del trabajador Evaluado