MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S.
NIT.900.889.250-5
Profesionales de Salud Ocupacional CRA 77 33 A 06
SUR. Barrió Kennedy Central. Teléfono: 3828143-301
5473361

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL N. 2045

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DIA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTA (BOGOTA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS EN ALTURAS

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

SOLUCIONES HIDRÁULICAS OB	900750965-4
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)

HERNANDO SEGUNDO MEZA HEREIRA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	44 AÑOS	CC	72311169
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

CARGO

COORDINADOR DE PROYECTO

CONCEPTO

APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS.

Observaciones:

NINGUNA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

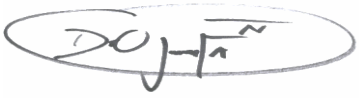
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓		
OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
OPTOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
AUDIOMETRÍA	✓		

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 ocupacional 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.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma: 	**Firma:** 
Nombre: OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE	**Nombre: HERNANDO SEGUNDO MEZA HEREIRA**
R. M.: 1798-1990 **L.S.O.:** 2552 SST.	CC**: 72311169**