CERVAR INTEGRALES S.A.S
Seguridad y Salud Para Todos

CERVAR INTEGRALES IPS S.A.S.
Nit. 901.658.226-0
Calle 9 NO. 11-30 Edificio Empresarial La Sabana
Contacto: 3176700341
rednacional@cervar.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 656

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	**11** MES	**2023** AÑO	**TUNJA-BOYACA** Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO**

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

CERVAR INTEGRALES SAS	**BOND ENERGY SOLUTIONS S.A.S**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ROBINSON RODRIGUEZ UZGAME	MASCULINO	54 AÑOS	CC	7161058
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
SUPERVISOR HSE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones:

SI	PARA BRIGADISTA
SI	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
SI	PARA CONDUCCION VEHICULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES	N/A	N/A

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

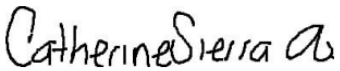
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	✓	TRANSAMINASAS	✓
AUDIOMETRIA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
OPTOMETRIA	✓	CREATININA	✓
ESPIROMETRIA	✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	✓
GLICEMIA	✓	PARCIAL DE ORINA	✓
PERFIL LIPIDICO	✓	PRUEBA PSICOLOGICA	✓
ELECTROCARDIOGRAMA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL EPS	CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL ANUAL HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES ALIMENTACION BALANCEADA, HIPOCALORICA
MEDIDAS ANTI ESTASIS VENOSA USO DE CORRECCION OPTICA PARA VISION DE CERCA.	PAUSAS LABORALES MANEJO ADECUADO DE CARGAS USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN EXPOSICIÓN A RIESGOS CONTROL ANUAL OPTOMETRIA- ESPIROMETRIA PVE AUDITIVO- REPOSO EXTRALABORAL	ACTIVIDAD FISICA FRECUENTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PUEDE CONTINUAR LABORANDO EN EL MISMO OFICIO
CUMPLE CON RESOLUCION 40595 PESV/APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS
CUMPLE PARA FUNCIONES DE BRIGADISTA

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 asesor, 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 laspersonas 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 ón, 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			Aspirante o Trabajador	
Firma:			**Firma:**	
Nombre:	**J**ULIE CATHERINE SIERRA ANGULO		**Nombre:**	ROBINSON RODRIGUEZ UZGAME
R. M.: 8820-07	**L.S.O.:** 1051	**Código de Seguridad**	**CC:**	7161058
		X399D1J10656		