SANILAB IPS SAS
NIT. 901.216.537-1
carrera 10 A No 6-90 Barrio Algarra I - Zipaquira, Colombia
Cel. 3226051044 - 3226041621 - 3226045352 - 3145904265
E-mail. sanilabipssas@gmail.com
Cuenta de Ahorros Bancolombia # 332-000007-88



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 45.522

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	05 MES	2025 AÑO	ZIPAQUIRÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
INCITECO S.A.S	INCITECO 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	
POLO VERTELL RUDE ARTURO	MASCULINO	57 AÑOS 0 MESES 29 DÍAS	CC (Tipo)	78699620 (Número)

Cargo
TOPOGRAFO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON RECOMEDACIONES Y RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
RESTRINGIR ACTIVIDADES QUE REQUIERAN TRABAJOS EN ALTURAS Y DISCRIMINACION DE PROFUNDIDAD O RELIEVE POR ESTEREOPSIS ALTERADA POR FALTA DE CORRECCION OPTICA	TEMPORAL	RESTRINGIR ACTIVIDADES QUE REQUIERAN TRABAJOS EN ALTURAS Y DISCRIMINACION DE PROFUNDIDAD O RELIEVE POR ESTEREOPSIS ALTERADA POR FALTA DE CORRECCION OPTICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	VISIOMETRÍA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR EPS CON OTORRINOLARINGOLOGÍA AUDIOMETRÍA ANORMAL, Y OPTOMETRÍA POR DISMINUCIÓN AGUDEZA VISUAL		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SIN ALTERACIONES ADICIONALES

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

Dra. Claudia Murcia R.
C.C.35.424.651 R.M. 250094 09
MED. ESP SST
L.S.O: 250547/22

Firma:

Nombre: MURCIA RODRIGUEZ CLAUDIA PATRICIA

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: POLO VERTELL RUDE ARTURO

R. M.:	250994-09	L.S.O.:	250547/22	Código de Seguridad	CC:	78699620
				H811N1T45522		