UNIDAD MEDICA OCUPACIONAL

MORA GONZALEZ S.A.S
NIT. 805 020 878 - 5
Resolución 0866/28-04-2020
Calle 23 Norte 5 BN 87, Cali - Colombia
Cel: 316 295 9800 - Tel: (602) 6 68 66528
Mail: citas@unidadmedicaocupacional.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 46.910

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	04 MES	2024 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN DE INGRESO Y TRABAJO EN ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
DEMOLICIONES ATILA IMPLOSION S.A.S	DEMOLICIONES ATILA IMPLOSION 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	
VELASQUEZ RENDON DHE CORANDO	MASCULINO	36 AÑOS 11 MESES 21 DÍAS	CC (Tipo)	1077431014 (Número)

Cargo
AUXILIAR DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS — SI

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 INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL - TRIGLICERIDOS - GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL DE PESO	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS	ESTILO DE VIDA SALUDABLE
	REALIZAR EXÁMENES OCUPACIONALES PERIÓDICOS E INGRESAR EN SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS	EJERCICIO REGULAR
	HIGIENE POSTURAL	ALIMENTACIÓN SALUDABLE
	PAUSAS ACTIVAS	
	CAPACITACIÓN SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aimer Mora T
Medico Registro 12496
Magister en salud Ocupacional
Lic. 0866-28-04-2020

Firma:

Nombre: MORA TORO AIMER

R. M.: 12496 **L.S.O.:** 4145.0.21. 0162R

Código de Seguridad S171Y1E46910

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VELASQUEZ RENDON DHE CORANDO

CC: 1077431014