I.P.S OSTS S.A.S
SALUD OCUPACIONAL
Dr. Oscar Javier Carrero Lara
NIT 901001972-7
Carrera 35 No. 52-113 piso 1 Cabecera, Bucaramanga - Santander
Cel. 313 446 2124 - 314 446 0324
Email. ocupacionalpreventiva@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 29.843

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	12 MES	2020 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

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

PARTICULARES	PARTICULARES
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)

RINCON SEQUEDA YEISON EDUARDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	32 AÑOS 9 MESES 3 DÍAS	CC	1095795411
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
MAESTRO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

SI	APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
NINGUNA		

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

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	PRUEBAS DE VERTIGO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	EKG	✓
OPTOMETRÍA	✓	TRANSAMINASA-TGO	✓
ESPIROMETRIA	✓	TRANSAMINASA-TGP	✓
PERFIL LIPIDICO	✓	CREATININA	✓
GLICEMIA	✓	PARCIAL DE ORINA	✓
CUADRO HEMATICO	✓	BUN	✓
COLESTEROL TOTAL	✓	FOSFATASA ALCALINA	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	
	SVE VISUAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

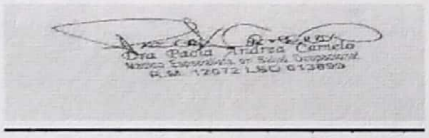
Escaneado con CamScanner

- SE APLICO ENCUESTA DE SIGNOS Y SINTOMAS PARA COVID-19 ADOPTADA POR EL MINISTERIO DE SALUD SIENDO LAS RESPUESTA, QUE NO TIENE NINGUNO DE LOS SINTOMAS PARA COVID-19. PACIENTE EN EL MOMENTO DE ESTA VALORACIÓN SIN SIGNOS NI SINTOMAS RESPIRATORIOS SUGESTIVOS DE COVID 19.
- CONTROL OCUPACIONAL PERIODICO, PAUSAS ACTIVAS, CUMPLIR CON LAS NORMAS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE ACUERDO A LOS PLANES ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
- HABITOS ADECUADOS DE HIGIENE POSTURAL
- HABITOS DE VIDA SALUDABLE QUE INCLUYAN DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO AEROBICO 4 VECES POR SEMANA.
- UTILIZACION DE EPP REQUERIDOS PARA EL CARGO DE ACUERDO CON EL PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO
- PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA
- EXAMEN MEDICO REALIZADO CON ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD TALES COMO MASCARA FACIAL RESPIRADOR N95 .BATA ANTIFLUIDOS. GUANTES . HIGIENE DE MANOS
- ADHERIRSE DE MANERA INTEGRAL A LOS LINEAMIENTOS Y RECOMENDACIONES DADOS POR LA PRESIDENCIA Y EL MINISTERIO DE SALUD EN RELACIÓN CON LA SITUACIÓN DE PANDEMIA COVID 19. SE RECOMIENDA EL USO DE TAPABOCAS PERMANENTE DURANTE EL TIEMPO QUE ESTA EN EL LUGAR DE TRABAJO, HIGIENE FRECUENTE DE MANOS CON TECNICA ADECUADA. MANTENER DISTANCIA DE AL MENOS 2 METROS ENTRE CADA UNO DE LOS TRABAJADORES Y/O PUESTOS DE TRABAJO. SE RECOMIENDA QUE ANTE CUALQUIER SINTOMA DE COVID-19 FIEBRE TOS SECA DIFICULTAD PARA RESPIRAR DOLOR DE GARGANTA, SIN FUERZAS Y DOLOR MUSCULAR Y/O DIARREA COMUNIQUE A LA EPS, A LA PERSONA ENCARGADA DE RECURSO HUMANO DE LA EMPRESA Y PERMANEZCA EN CASA.

USO DE LENTES OCASIONAL Y DESCANSO , CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA

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



Firma:

Nombre: CAMELO ORTIZ PAOLA ANDREA

R. M.: 12072 **L.S.O.:** 013899

Código de Seguridad
F12L1R29843

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RINCON SEQUEDA YEISON

CC: 1095795411

Escaneado con CamScanner

I.P.S OSTS S.A.S
SALUD OCUPACIONAL
Dr. Oscar Javier Carrero Lara
NIT 901001972-7
Carrera 35 No. 52-113 piso 1 Cabecera, Bucaramanga - Santander
Cel. 313 446 2124 - 314 446 0324
Email. ocupacionalpreventiva@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 29.843

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	12 MES	2020 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	PARTICULARES

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	
RINCON	SEQUEDA YEISON	EDUARDO	MASCULINO	32 AÑOS 9 MESES 3 DÍAS	CC (Tipo)	1095795411 (Número)

Cargo
MAESTRO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

SI	APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
NINGUNA		

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

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	PRUEBAS DE VERTIGO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	EKG	✓
OPTOMETRÍA	✓	TRANSAMINASA-TGO	✓
ESPIROMETRIA	✓	TRANSAMINASA-TGP	✓
PERFIL LIPIDICO	✓	CREATININA	✓
GLICEMIA	✓	PARCIAL DE ORINA	✓
CUADRO HEMATICO	✓	BUN	✓
COLESTEROL TOTAL	✓	FOSFATASA ALCALINA	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	
	SVE VISUAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

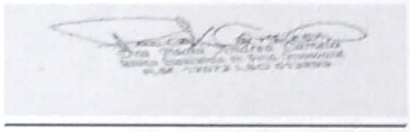
Escaneado con CamScanner

- SE APLICO ENCUESTA DE SIGNOS Y SINTOMAS PARA COVID-19 ADOPTADA POR EL MINISTERIO DE SALUD SIENDO LAS RESPUESTA QUE NO TIENE NINGUNO DE LOS SINTOMAS PARA COVID-19. PACIENTE EN EL MOMENTO DE ESTA VALORACIÓN SIN SIGNOS NI SINTOMAS RESPIRATORIOS SUGESTIVOS DE COVID 19.
- CONTROL OCUPACIONAL PERIODICO, PAUSAS ACTIVAS, CUMPLIR CON LAS NORMAS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE ACUERDO A LOS PLANES ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
- HABITOS ADECUADOS DE HIGIENE POSTURAL
- HABITOS DE VIDA SALUDABLE QUE INCLUYAN DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO AEROBICO 4 VECES POR SEMANA.
- UTILIZACION DE EPP REQUERIDOS PARA EL CARGO DE ACUERDO CON EL PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO
- PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA
- EXAMEN MEDICO REALIZADO CON ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD TALES COMO MASCARA FACIAL RESPIRADOR N95 ,BATA ANTIFLUIDOS, GUANTES , HIGIENE DE MANOS
- ADHERIRSE DE MANERA INTEGRAL A LOS LINEAMIENTOS Y RECOMENDACIONES DADOS POR LA PRESIDENCIA Y EL MINISTERIO DE SALUD EN RELACIÓN CON LA SITUACIÓN DE PANDEMIA COVID 19. SE RECOMIENDA EL USO DE TAPABOCAS PERMANENTE DURANTE EL TIEMPO QUE ESTA EN EL LUGAR DE TRABAJO, HIGIENE FRECUENTE DE MANOS CON TECNICA ADECUADA, MANTENER DISTANCIA DE AL MENOS 2 METROS ENTRE CADA UNO DE LOS TRABAJADORES Y/O PUESTOS DE TRABAJO. SE RECOMIENDA QUE ANTE CUALQUIER SINTOMA DE COVID-19 FIEBRE TOS SECA DIFICULTAD PARA RESPIRAR DOLOR DE GARGANTA, SIN FUERZAS Y DOLOR MUSCULAR Y/O DIARREA COMUNIQUE A LA EPS, A LA PERSONA ENCARGADA DE RECURSO HUMANO DE LA EMPRESA Y PERMANEZCA EN CASA.

USO DE LENTES OCASIONAL Y DESCANSO , CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA

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



Firma:

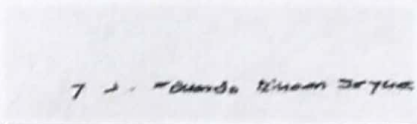
Nombre: CAMELO ORTIZ PAOLA ANDREA

R. M.: 12072 L.S.O.: 013899

Código de Seguridad

P12V1B29843

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: RINCON SEQUEDA YEISON

CC: 1095795411

Escaneado con CamScanner