

	Certificado Médico		
	Informe seguridad y salud en el trabajo		
	EMPRESA		
PARTICULAR			

NO. CERTIFICADO	732.781				
CIUDAD	BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	06/04/2021	TIPO DE EXAMEN	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 79.882.304	EDAD	41	GENERO	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	AGATON STERLING JUAN PABLO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	CARGO U OFICIO	COORDINADOR		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Sin restricciones para el cargo	NA

OBSERVACIONES

EL TRABAJADOR DEBE SEGUIR TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA PARA LA PREVENCIÓN COVID -19 Y ASÍ MISMO ESTA DEBE GARANTIZAR MITIGAR EL RIESGO PARA COVID-19. USO ADECUADO DE TAPABOCAS, LAVADO FRECUENTE DE MANOS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL Y CONSULTAR ANTE SINTOMATOLOGÍA.

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN - PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID-19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - SE INDICA VALORACIÓN MÉDICA

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo AGATON STERLING JUAN PABLO identificado con CC No. 79.882.304. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministro la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional


Doris Hernández M.
 Médica Especialista S.O.
 R.M. 53230411
 Lic. S.O. 13470-2015

Aspirante o trabajador



DRA. DORIS HERNANDEZ LSST 13470-2015

CC. 79.882.304

SEDE: SANTA MARIA DEL LAGO CRA 72 BIs NO. 73-93 PBX: 744 63 46 - BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA
www.medilaboral.com jefaturadeservicios@medilaboral.com