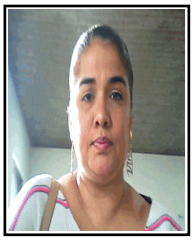
GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGO Y SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900.584.243 -3
Calle 39 Nte No. 2BN 53 Barrio Prados Del Norte Cali - Colombia
Tel: 4885806
E-mail: comercial@gersoips.com - auxadministrativa@gersoips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 38.860

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	12 MES	2022 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULAR	PARTICULAR
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)

VILLEGAS LEON JOHANA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	41 AÑOS 1 MESES 7 DÍAS	CC	38555772
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EXAMEN MÉDICO LABORAL SIN EXISTENCIA DE RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓	----------

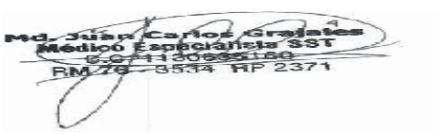
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
ESPECIALISTA : VALORACION POR NUTRICIONISTA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	OTROS : APLICAR PROTOCOLO GENERAL DE BIOSEGURIDAD PARA MITIGAR, CONTROLAR Y REALIZAR EL ADECUADO MANEJO DE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS COVID-19	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE REALIZA ATENCIÓN PRESENCIAL, BAJO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD POR MOTIVO CONTINGENCIA SANITARIA, SE REALIZA TRIAGE INTELIGENTE ENCONTRANDO COLABORADOR SIN RIESGO ALTO PARA COMPLICACIÓN EN CASO DE INFECCIÓN POR COVID 19, PUEDE REALIZAR TAREA HACIENDO USO DE EPP NECESARIOS Y SIGUIENDO LINEAMIENTOS EN PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD.

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: GRAJALES GARCIA JUAN CARLOS

R. M.: 763534 **L.S.O.:** 2371-18

Código de Seguridad
Z83F1L38860

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: VILLEGAS LEON JOHANA

CC: 38555772