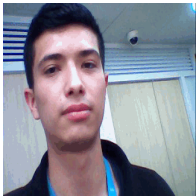


	Certificado Médico Informe seguridad y salud en el trabajo		
	EMPRESA		
	PARTICULAR		

NO. CERTIFICADO	1.158.958				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	24/02/2023	TIPO DE EXAMEN	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.007.232.686	EDAD	24	GENERO	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	GOMEZ MONTES IVAN ANDRES				
TIPO DE CARGO	ADMINISTRATIVO	CARGO U OFICIO	TECNICO EN SISTEMAS		

EXÁMENES REALIZADOS	
ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO	
CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

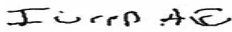
RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR CAPACITACIONES - PACIENTE PRESENTA CONDICIÓN DE RIESGO QUIEN PUEDE REALIZAR ACTIVIDAD LABORAL CON Estricto cumplimiento de medidas preventivas y adherencia a lineamientos establecidos por Ministerio de Salud ante contingencia COVID-19. NO REQUIERE AISLAMIENTO PREVENTIVO

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO - CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

Consentimiento informado del aspirante o trabajador Yo <u>GOMEZ MONTES IVAN ANDRES</u> identificado con CC No. <u>1.007.232.686</u> . 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). Suministre 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  Dra. Ornella C. Samper Fontalvo Médico Especialista S.O. R.M. 470235 Lic. S.O. 13221/16	Aspirante o trabajador 
DRA. ORNELLA CECILIA SAMPER FONTALVO LIC. S.O. 13221/16	CC. 1.007.232.686
SEDE: CALLE 26 CALLE 27 #27-21 PBX: 744 6346 - BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA www.medilaboral.com jefaturadeservicios@medilaboral.com	