IPS- PROFESIONALES DE GESTION INTEGRADA IPS-PGI-SAS
CRA 8 No.12-51 EDIFICIO GALENOS
CHIQUINQUIRA-BOYACA
CELULAR 3105031779-3134721113

NIT: 900615249-1
Licencia IPS No. 750 del 21-04-2014
Código de habilitación No. 151760206301
Cra. 8 # 12 - 51, Chiquinquirá - Boyacá
e-mail: pgisas@gmail.com
www.pgisas.com Cel. 3103031779



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.150

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	11 MES	2021 AÑO	CHIQUINQUIRÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULAR	FUERZA AREA COLOMBIANA
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)

SUAREZ RODRIGUEZ LEONIDAS ALEJANDRO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	34 AÑOS 3 MESES 23 DÍAS	CC	1073381010
	Teléfonos 3017783564		Tipo	Número

Cargo
ASESOR JURIDICO CONTRACTUAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *SIN RESTRICCIONES*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR ✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR POSTURAS ERGONOMICAS	CONTROL DE PESO
	OTROS : USO PERMANENTE DE TAPABOCAS LAVADO FRECUENTE DE MANOS - DISTANCIAMIENTO SOCIAL SI PRESENTA SINTOMAS GRIPALES QUEDESE EN SU CASA"	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NO PRESENTA FACTORES DE VULNERABILIDAD SEGÚN CIRCULAR 030-ESTE EXAMEN NO DESCARTA ENFERMEDAD POR COVID-19 YA QUE EXISTEN PACIENTES ASINTOMATICOS – SE TUVIERON EN CUENTA LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA SU ATENCION, SIGUIENDO PROTOCOLOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION ESTRICTOS Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL COMPLETOS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD POR LA PANDEMIA COVID -19

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma: Dra. Sonia Sánchez MD SALUD OCUPACIONAL	Firma: Leonidas Suarez R.
Nombre: SANCHEZ FIGUEROA SONIA ESPERANZA	Nombre: SUAREZ RODRIGUEZ LEONIDAS ALEJANDRO
R. M.: 0781 L.S.O.: 6344 DEL 31-05-2013	CC: 1073381010

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.

Escaneado con CamScanner