IPS- PROFESIONALES DE GESTION INTEGRADA IPS PGI SAS

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



N° 13.740

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
23	02	2023	CHIQUINQUIRÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULAR	ALCALDÍA QUIPAMA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjeria, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

PACHON ORTEGON JUVER ROLANDO	MASCULINO	35 AÑOS 1 MESES 15 DÍAS	CC	1053328208
	3227000264			

INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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:

✓ .....

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP OTROS	HÁBITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NO PRESENTA FACTORES DE VULNERABILIDAD SEGUN 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

Firma.

Nombre: SONIA ESPERANZA SANCHEZ FIGUEROA

R. M. 0781 L.S.O.: 6344 DEL 31-05-2013

Código de Seguridad: V338B1H13740

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PACHON ORTEGON JUVER ROLANDO

CC: 1053328208

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 mi 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.

Powered by CamScanner