Gestión Ocupacional S.A.S

Salud Ocupacional - Seguridad Industrial - Gestión Empresarial

Nit. 900251231-6

AV. Simon Bolivar # 5C-46 Barrio Los Laureles - Buenaventura / Cra 1D1 # 52- 95 Cali

Cel. 315 505 8271 - 310 390 3583

gestionocupacional.ltda@gmail.com - contacto@gestionocupacionalsas.com

www.gestionocupacionalsas.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.035

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	01 MES	2022 AÑO	BUENAVENTURA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
APONTE ROJAS ALVARO ORLANDO	MASCULINO	56 AÑOS 1 MESES 2 DÍAS	CC (Tipo)	16722297 (Numero)
	Teléfonos			

Cargo
TECNOLOGO EN DEPORTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA 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:

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE DEBE INCORPORAR LAS DIRECTRICES SEGUN LA RESOLUCIÓN 666 DE 2020, RESOLUCION 223 DEL 2021, RESOLUCION 777 DEL 02/06/2021 Y LA CIRCULAR EXTERNA 0000030 DE MAYO DE 2020."

DISTANCIAMIENTO SOCIAL 1 METROS MINIMO, LAVADO DE MANOS, USO DE TAPABOCA, AISLAMIENTO SELECTIVO, VACUNACION COVID INICIAL O TERMINAR SI NO ESTA COMPLETO EL ESQUEMA

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.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma: ALVARO APONTE R.
Nombre: RODRIGUEZ ANGULO EBLIN YADIRA	Nombre: APONTE ROJAS ALVARO ORLANDO
R. M.: 7669-92 L.S.O.: 0950	CC: 16722297