IPS- PROFESIONALES DE GESTION INTEGRADA IPS-PGI-SAS
CRA 8 No.12-51 EDIFICIO GALENOS
CHIQUINQUIRA-BOYACA
CELULAR 3103031779-3134721113

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° 19.174

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	01 MES	2024 AÑO	CHIQUINQUIRÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULAR	ALCALDIA DE SIMIJACA
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)

LEGUIZAMON BENITEZ RANDY MIGUEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	29 AÑOS 5 MESES 28 DÍAS	CC	1020794818
Apellidos y Nombres	Teléfonos 3195182724		Tipo	Número

Cargo
ASESOR

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:

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR POSTURAS ERGONOMICAS	HÁBITOS SALUDABLES
		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

Firma:

Nombre: SONIA ESPERANZA SANCHEZ FIGUEROA
R. M.: 0781 **L.S.O.:** 3921 DEL 07-06-2023

Código de Seguridad: U338A1G19174

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LEGUIZAMON BENITEZ RANDY MIGUEL
CC: 1020794818

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.