



NIT: 900.995.916-5

Avenida calle 53 # 23a - 59

TEL: 3458765 - 3213714976

globalserviciosmg@gmail.com

Serviciosmgips.com.co

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

POST INCAPACIDAD		INGRESO	✓
POR CAMBIO DE OCUPACIÓN		EGRESO	
ESPACIOS CONFINADOS		PERIÓDICO	
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS		REINTEGRO	
ÉNFASIS EN OSTEO MUSCULAR	✓	ALTURAS	✓

Nº: EM-R8815

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
1	03	2024	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN PARA TRABAJO EN ALTURAS			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
CONSTRUCTORA GED SAS				900337315			
Nombre de la empresa				NIT			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
E TOR ERRERA ARDOZO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	36	CC	79 7037
Nombre completo					Tipo	Número	
Cargo	EPS		ESTATURA	RH		Peso Kg	
MAESTRO	FAMISANAR		1.70	O+		70	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS / APTO PARA EL CARGO ASIGNADO							
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				PERFIL LIPÍDICO-GLICEMIA			
VISIOMETRÍA				PSICOLOGÍA			
AUDIOMETRÍA							
CONTROL DE REFLEJOS							
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			
CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL EN UN AÑO				PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, HIGIENE POSTURAL Y USO DE EPP.			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>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.</p>							
<p>Médico</p> <p>Exp. 6068 - 2013 U. Área Andina Médico Cirujano</p> <p>Nombre: SAYDA DALNIRA PAVON RIVERA R. M.: 1100100128 L.S.O.: DHS444290</p>				<p>Aspirante o Trabajador</p> <p>Nombre: E TOR ERRERA ARDOZO Identificación: CC 79 70376</p>			

"Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007"