Global ServiciosMG

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 OSTEOMUSCULAR	✓	ALTURAS	✓

N°: EM-R8184

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29	01	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. T arjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

JUAN MANUEL NARVAEZ CIFUENTESL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	37	CC	1062282249
Nombre completo			Tipo	Númer

Cargo	EPS	ESTATURA	RH	Peso Kg
AYUDANTE	SALUD TOTAL	1.75	A+	75

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

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

LSO 6068 - 2013
Esp. Gerencia SO
U. Área Andina
Medico y Cirujano

Nombre: SAYDA DALNIRA PAVON RIVERA
R. M.: 1100100128 L.S.O.: DHS444290

Aspirante o Trabajador

Nombre : JUAN MANUEL NARVAEZ CIFUENTES
Identificacion : CC 1062282249

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

Powered by CamScanner