NIT: 901333681-3
Calle 85 # 50 - 159 Edificio Quantum Tower
local 414 - Barranquilla
Cel: 3126231896 - Tel: 3433866
Email: comercial@gestlab.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.691

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS

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

GENERAL SUPPLIES	GENERAL SUPPLIES
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)

PEREZ VEGA CAROLINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	21 AÑOS 3 MESES 24 DÍAS	CC	1001852935
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSPECTOR SST

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.

Observaciones: *NO APLICA*

SI	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

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 MEDICO OSTEOMUSCULAR	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
GLICEMIA	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRIA TAMIZ	✓	CUADRO HEMATICO COMPLETO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo la realización del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento a GESTLAB SAS, Doy fé que me han explicado la naturaleza y propósito de estos exámenes. 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 como prestador de servicios de Salud Ocupacional y Medicina del Trabajo tengan la Custodia de las Historias Clínicas generadas en la prestación del servicio. Los responsables de la custodia (GESTLAB SAS) podrán entregar copia de la historia clínica ocupacional y/o paraclínico(s) al trabajador, cuando éste lo solicite. 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

Firma:

Nombre: MENDOZA HOYOS MARCELA ELVIRA

R. M.: 254714-07 **L.S.O.:** 12174-15

Código de Seguridad
M651S1Y23691

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PEREZ VEGA CAROLINA

CC: 1001852935