INTEGRADA IPS PGR SAS
CRA 8 No. 12-51 EDIFICIO GALEONES
CHIQUINQUIRA-BOYACA
CELULAS 3103031729-3134721111

Código de habilitación No. 1517802065O1
Cra. 8 # 12 - 51, Chiquinquirá - Boyacá
e-mail: pgrsas@gmail.com
www.pgrlab.com Cel. 3103031779

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 19.776

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 DÍA	02 MES	2024 AÑO	CHIQUINQUIRÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULAR	SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO
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)

SAENZ CORTES PAOLA ANDREA	Genero: FEMENINO	Edad: 30 AÑOS 6 MESES 22 DÍAS	Documento de Identificación: CC	1053341459
Apellidos y Nombres	Teléfonos: 3206059451		Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

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
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS, REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR, POSTURAS ERGONOMICAS,	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		CONTROL DE PESO
		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

M.: 0781 L.S.O.: 3921 DEL 07-06-2023

Código de Seguridad: R338X1D19776

Aspirante o Trabajador

Firma: Paola Sáenz

Nombre: SAENZ CORTES PAOLA ANDREA

CC: 1053341459

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en e documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de e examen es voluntaria y que tuvé la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a acciones o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema 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 me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco h completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Impreso el 01/02/2024 a las 10:10 a.m.

Software para el sector salud - www.biofile.co