



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° 15.643

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
09	06	2023	CHIQUINQUIRÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				PARTICULAR			
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)							
BUIRAGO PAEZ FREDDY ALONSO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	35 AÑOS 6 MESES 7 DÍAS	CC	1055962490
				Teléfonos		Tipo	Número
				3114801532			
Cargo							
CONTRATISTA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÁN 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:							
VISIOMETRIA				✓	EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS 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						FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
						CONTROL DE PESO	
						HACER DEPORTE	
						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 ASINTOMÁTICOS - SE TUVIERON EN CUENTA LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA SU ATENCIÓN, SIGUIENDO PROTOCOLOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN Estrictos Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL COMPLETOS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD POR LA PANDEMIA COVID - 19							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: SONIA ESPERANZA SANCHEZ FIGUEROA				Nombre: BUIRAGO PAEZ FREDDY ALONSO			
R. M.: 0781 L.S.O.: 3921 DEL 07-06-2023				CC: 1055962490			
Código de Seguridad: R338X1D15643							
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.							