IPS-PROFESIONALES DE GESTIÓN INTEGRADA IPS-PGI-SAS
CRA 8 NO. 12-51 EDIFICIO GALENOS
CHIQUINQUIRÁ - BOYACÁ
CELULAR 310 303 1779 - 313 472 1113

NIT: 900615249-1
Licencia IPS No. 1070 del 17-06-2024
Código de habilitación No. 151760206301

Cra. 8 # 12 - 51, Chiquinquirá - Boyacá
e-mail: pgisas@gmail.com
www.pgisas.com Cel. 310 303 1779

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 34.586

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	02 MES	2026 AÑO	CHIQUINQUIRÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULAR	PARTICULAR

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
PINEDA TEJEDOR EYVIN STIVEN	MASCULINO	24 AÑOS 5 MESES 15 DÍAS	CC (Tipo)	1002623048 (Número)

Cargo: **CONTRATISTA-INSTRUCTOR**

EPS	AFP	ARL
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

SI	ENFASIS EN CARDIOVASCULAR
SI	ENFASIS EN RESPIRATORIO
SI	ENFASIS EN DERMATOLOGICO
SI	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
SI	PSICOSOCIAL

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

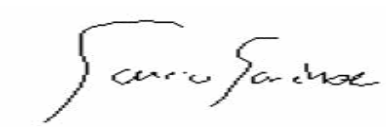
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRIA	✓	PRUEBA PSICOLÓGICA	✓
VISIOMETRIA	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓
ESPIROMETRIA OCUPACIONAL	✓	EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR	✓
PERFIL LIPIDICO -GLICEMIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
ESPECIALISTA : NUTRICION	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA : CON RESTRICCION DE GRASAS Y CARBOHIDRATOS

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 51977051 - SANCHEZ FIGUEROA SONIA

Código de Seguridad

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PINEDA TEJEDOR EYVIN STIVEN