



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.871

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
23 DÍA	05 MES	2023 AÑO	PIEDECUESTA (SANTANDER, COLOMBIA)			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Ciudad						
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
PARTICULARES CONTADO			NO APLICA			
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)						
GALVIS FORERO JOSE ANTONIO		Genero	Edad	Documento de Identificación		
Apellidos y Nombres		MASCULINO	51 AÑOS	CC	88157270	
				Tipo	Número	
Cargo <b>DOCENTE</b>						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)</b>						
Observaciones: <b>NO APLICA</b>						
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:						
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL <input checked="" type="checkbox"/>						
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL		PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES		
				FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
				HACER DEPORTE		
				NO FUMAR		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
PACIENTE SANO SE RECOMIENDA HACER DEPORTE O GIMNASIA MINIMO TRES VECES POR SEMANA DIETA SALUDABLE PAUSAS ACTIVAS DE 15 MINUTOS DOS VECES DIARIAS.						
<p>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.</p>						
Médico			Aspirante o Trabajador			
 Dr. Gonzalo Ramirez O. Lic. Salud Ocupacional 0009945 Reg. Médico 4350181 Minsalud						
Firma: _____			Firma: _____			
Nombre: RAMIREZ OCHOA GONZALO			Nombre: GALVIS FORERO JOSE ANTONIO			
R. M.: 4350			CC: 88157270			
L.S.O.: 8945						

Cra. 7 No. 8-22 Piedecuesta

Tel: 6913422 Cel: 314 418 8271

certisalud45@gmail.com

	RESOLUCION	CÓDIGO	AP-JG-RG-69
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/09/2017
		PÁGINA	1 de 10

RESOLUCION NÚMERO 008945 DE 2017

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

**CONSIDERANDO:**

Que GONZALO RAMÍREZ OCHOA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 19082739 ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 20 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental

**RESUELVE:**

ARTÍCULO 1. Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: GONZALO RAMÍREZ OCHOA - MEDICO Y CIRUJANO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 19082739, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaría de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

**NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bucaramanga a los 20 JUN 2017

LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO  
Secretario de Salud Departamental

VeB:  
Revisó:  
Ejecutó:

Salvador Rincón Santos - Director de Desarrollo Vigilancia y Control  
Yeliza Hernández G. - Profesional Especialista Grupo de Atención en salud S.G.C.