PREVENIR
PREVENCION DE RIESGOS Y SALUD OCUPACIONAL ASESORES

PREVENIR PLUS SAS
NIT. 805003840-4
Sede Administrativa: Calle 7 # 29 - 55 / Sede I: Cra 27 # 6a - 45
Sede II: Calle 34 AN # 3CN-22
Cels. 3503100025 - Tel. 5244020 - E-mail. servicioalcliente@prevenirsas.com
www.prevenirsas.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.858

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	06 MES	2021 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	PRE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
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)

MOLINA VALDERRAMA DANIEL AARON	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	27 AÑOS 1 MESES 13 DÍAS	CC (Tipo)	1107082574 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
ENTRENADOR DEPORTIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

N/A — NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

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 MÉDICA OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
PACIENTE SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID 19	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE A RIESGOS	SE ACONSEJA MANTENER HABITOS DE VIDA SALUDABLE
	PAUSAS ACTIVAS	DIETA BALANCEADA
	ADECUADA HIGIENE POSTURAL	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

-USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ADECUADOS PARA LOS RIESGOS DE LAS LABORES.
-PROCURAR MANEJO ADECUADO DE CARGAS Y POSTURAS.
-APLICAR TÉCNICAS ADECUADAS PARA MANEJO DE PESO, SEGÚN NORMA DE OIT.
-CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD GENERAL Y POR COVID 19

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.

Médico

Firma:

Nombre: CANDELO MINA MARIA CLEMENCIA

R. M.: 762978 L.S.O.: 0188 - ENERO 2019

Código de Seguridad
C856I1O11858

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MOLINA VALDERRAMA DANIEL AARON

CC: 1107082574