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° 13.273

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	**07** 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)

RODRIGUEZ LOPEZ MAURICIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	33 AÑOS 3 MESES 19 DÍAS	CC	1130618513
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

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 PAUSAS ACTIVAS	SE ACONSEJA MANTENER HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA
	ADECUADA HIGIENE POSTURAL	
	INCLUIR EN SVE DE ACUERDO A MATRIZ DE PELIGROS Y RIESGOS DE LA EMPRESA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ADECUADOS PARA LOS RIESGOS DE LAS LABORES.
SE SUGIERE MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS LABORES .
SE SUGIERE CUMPLIR LAS RECOMENDACIONES SUGERIDAS PARA LA PREVENCION DE COVID 19 (LAVADO DE MANOS , DISTANCIAMIENTO FISICO SOCIAL , UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ENFASIS EN AREA RESPIRATORIA).

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: BENAVIDES PAZ MONICA CATALINA

R. M.: 521704 **L.S.O.:** 2375 DE JUNIO DE 201

Código de Seguridad
M856S1Y13273

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ LOPEZ MAURICIO

CC: 1130618513