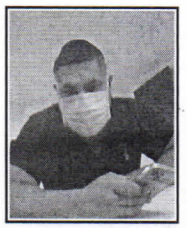
PREVENIR
PREVENCION DE RIESGOS Y SALUD OCUPACIONAL ASESORES

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. 3009121506 - Tel. 5244020 - E-mail. servicioalcliente@prevenirsas.com
www.prevenirsas.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 76.951

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	01 MES	2023 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)

MUÑOZ VALDERRAMA MAURICIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	34 AÑOS 1 MESES 30 DÍAS	CC	1130601600
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ADMINISTRATIVO

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
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE A RIESGOS	SE ACONSEJA MANTENER HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
PACIENTE SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID 19	PAUSAS ACTIVAS	CONTROL DE PESO
	ADECUADA HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
		REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ADECUADOS PARA LOS RIESGOS DE LAS LABORES.
CONTINUAR PROCESO DE ESQUEMA DE VACUNACION PARA COVID 19 .
SE SUGIERE MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS LABORES.
TOMAR PRECAUCIONES AL CAMINAR A DESNIVEL , POR PASILLOS Y AL ASCENSO Y DESCENSO POR ESCALERAS.
SE SUGIERE CUMPLIR LAS RECOMENDACIONES SUGERIDAS PARA LA PREVENCION DE 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:		Firma:
Nombre: BENAVIDES PAZ MONICA CATALINA		Nombre: MUÑOZ VALDERRAMA MAURICIO
R. M.: 521704	L.S.O.: 2375 DE JUNIO DE 201	CC: 1130601600

Código de Seguridad
V856B1H76951