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° 1.203

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	01 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)

RENDON LLANTE JOHANA CAROLINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	FEMENINO	33 AÑOS 5 MESES 17 DÍAS	CC Tipo	1088884457 Número
Cargo: METODOLOGA				

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	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA
	ADECUADA HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- SE SUGIERE LAVADO DE MANOS FRECUENTE , UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ENFASIS EN AREA RESIRATORIA DISTANCIAMIENTO FISICO SOCIAL

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 mi 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 2016

Código de Seguridad
Z856F1L1203

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RENDON LLANTE JOHANA CAROLINA

CC: 1088884457