NIT. 816.003.024-0
Calle 19 #5-13, piso 4. Clínica Risaralda
Teléfonos: (6)3211606 - (6)3451190 - Celular 320-726-9333
E-mail. informacion@previsionocupacional.com - www.previsionocupacional.com
Pereira, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 92.425

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	09 MES	2023 AÑO	PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR BÁSICO**

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

QR INGENIERIA CONSTRUCCION S.A.S	**QR INGENIERIA CONSTRUCCION S.A.S**
Nombre de la empresa	**Empresa que contrata al trabajador**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

MORELO ALVAREZ EVER LUIS	RH	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	O +	MASCULINO	52 AÑOS 6 MESES 5 DÍAS	CC	7379538
Apellidos y Nombres				Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO/ SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *VALORACIÓN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR.*

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:

TAMIZ AUDIOMETRIA	✓	VISIOMETRÍA	✓
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP : SEGÚN HOMOLOGACIÓN DE RIESGOS.	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.	CONTROL DE PESO
	CAPACITACIÓN : EN RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR.	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Dr. Sebastián Otálvaro Jaramillo
R.M. 1.088.299.641
LPSST 2522-18
Médico Especialista en Seguridad en el Trabajo

Firma:

Nombre: OTÁLVARO JARAMILLO SEBASTIAN

R. M.: 1088299641 **L.S.O.:** LPSST 2522-18

Código de Seguridad
I133O1U92425

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MORELO ALVAREZ EVER LUIS

CC: 7379538