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° 92.574

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 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

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

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

Apellidos y Nombres	RH	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ANDICA GAÑAN JOSE ALEXANDER	O +	MASCULINO	36 AÑOS 8 MESES 21 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1054918099

Cargo
OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO/ SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
VALORACIÓN POR EPS	DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

DOTAR DE EPP COMPLETOS Y HOMOLOGADOS SEGÚN FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES. ÉNFASIS BIOSEGURIDAD COVID-19
DOTAR DE EPP COMPLETOS Y HOMOLOGADOS SEGÚN FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES .

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: GIRALDO QUINTERO ANGELA MARIA

R. M.: 157207 **L.S.O.:** LPSST 127-23

Código de Seguridad
D133J1P92574

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ANDICA GAÑAN JOSE ALEXANDER

CC: 1054918099