PREVER SST SAS
NIT 901.154.429 - 5
Soluciones Integrales en Seguridad y Salud Laboral
Calle 42 Norte No 5n-08 La Flora Cali . Colombia
Servicio al cliente: 3117892204 - 3168275306 - 3153401091 Tel. (032) 3923274
Departamento contable: 3160176268
gerencia@preversst.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 39.490

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	10 MES	2024 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	**EMO EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR**

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

LAM CONSTRUCCIONES SAS	**LAM CONSTRUCCIONES SAS**
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)

CHEME BARREIRO RUFINO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	58 AÑOS 7 MESES 6 DÍAS	CC	12918842
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

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	NORMAL	----------

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

DEJAR DE FUMAR, HÁBITOS SALUDABLES: INICIAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DIETA SALUDABLE // INICIAR CAMBIOS EN SUS HABITOS ALIMENTICIOS. AUMENTAR ACTIVIDAD FÍSICA - DIETA SALUDABLE CONTINUAR CON HÁBITOS SALUDABLES , ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA: REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 3 VECES A LA SEMANA 30 MINUTOS COMO CAMINATAS. , DIETA BALANCEADA: RESTRICCION DE FRITOS, DISMINUCION DE CONSUMO DE SAL, COMER VERDURAS Y FRUTAS, BEBA 2 LITROS DE AGUA, EVITE EL CONSUMO DE HARINAS COMO PAPA, PLATANO, YUCA, PAN, ARROZ, PASTA. GRANOS 2 VECES POR SEMANA.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CONTINUAR MANEJO MÉDICO: VX OPTOMETRIA , EXAMEN VISUAL DE CONTROL: 1 AÑO

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

USO DE EPP, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL: ADOPTAR UNA POSTURA ADECUADA DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, REALIZAR MOVIMIENTOS DINÁMICOS DE LAS PIERNAS DURANTE LA JORNADA LABORAL, SE RECOMIENDA LAVADO DE MANOS CADA 3 HORAS, USO DE GEL ANTIBAISLAMIENTOSOCIAL SELECTIVO, DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES DE CONTACTO EN CASA CON HIPOCLORITO, TOSER EN EL CODO, SI HAY SÍNTOMASRESPIRATORIOS LEVES MANTENERSE EN CASA, CONSULTA CUANDO HAYA PRESENCIA DE SIGNOS DE GRAVEDAD.ACTERIAL Y/O ALCOHOL, USO DE TAPABOCAS,

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

VALORACION POR OPTOMETRIA DE EPS PARA MANEJO DE PATOLOGIA VISUAL

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: 

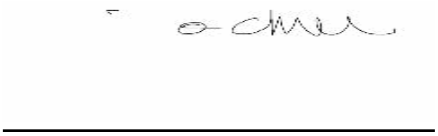
Nombre: RODRIGUEZ MORA LADY DIANA

R. M.: 522115 **L.S.O.:** 1022/2020

Código de Seguridad

T213Z1F39490

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: CHEME BARREIRO RUFINO

CC: 12918842

RECOMENDACIONES

Paciente: CHEME BARREIRO RUFINO

Fecha: 28/10/2024

Identificación: CC: 12918842

Fecha Nacimiento: 24/03/1966

Cargo: AYUDANTE DE OBRA

Edad: 58 AÑOS 7 MESES 6 DÍAS

Tipo de Sangre: O +

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Género: MASCULINO

Ciudad: CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)

Dirección: CRA23A#75-B62

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CONTINUAR MANEJO MÉDICO: VX OPTOMETRIA , EXAMEN VISUAL DE CONTROL: 1 AÑO

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

DEJAR DE FUMAR, HÁBITOS SALUDABLES: INICIAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DIETA SALUDABLE // INICIAR CAMBIOS EN SUS HABITOS ALIMENTICIOS. AUMENTAR ACTIVIDAD FÍSICA - DIETA SALUDABLE CONTINUAR CON HÁBITOS SALUDABLES , ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA: REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 3 VECES A LA SEMANA 30 MINUTOS COMO CAMINATAS. , DIETA BALANCEADA: RESTRICCION DE FRITOS, DISMINUCION DE CONSUMO DE SAL, COMER VERDURAS Y FRUTAS, BEBA 2 LITROS DE AGUA, EVITE EL CONSUMO DE HARINAS COMO PAPA, PLATANO, YUCA, PAN, ARROZ, PASTA. GRANOS 2 VECES POR SEMANA.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

USO DE EPP, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL: ADOPTAR UNA POSTURA ADECUADA DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, REALIZAR MOVIMIENTOS DINÁMICOS DE LAS PIERNAS DURANTE LA JORNADA LABORAL, SE RECOMIENDA LAVADO DE MANOS CADA 3 HORAS, USO DE GEL ANTIBAISLAMIENTOSOCIAL SELECTIVO, DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES DE CONTACTO EN CASA CON HIPOCLORITO, TOSER EN EL CODO, SI HAY SÍNTOMASRESPIRATORIOS LEVES MANTENERSE EN CASA, CONSULTA CUANDO HAYA PRESENCIA DE SIGNOS DE GRAVEDAD.ACTERIAL Y/O ALCOHOL, USO DE TAPABOCAS,