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° 41.175

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	12 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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
LAM CONSTRUCCIONES SAS	LAM CONSTRUCCIONES SAS

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
IBARRA ORTEGA NEMBER ELIAS	MASCULINO	44 AÑOS 2 MESES 29 DÍAS	CC (Tipo)	16926974 (Número)

Cargo
OFICIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

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

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, HACER DEPORTE, 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.

Nember Ibarra.

Médico

Firma:

Nombre: PEREZ CASTELLANOS ELIZABETH

R. M.: 1671 **L.S.O.:** 4502

Código de Seguridad
Z213F1L41175

Aspirante o Trabajador

Nember Ibarra.

Firma:

Nombre: IBARRA ORTEGA NEMBER ELIAS

CC: 16926974

RECOMENDACIONES

Paciente: IBARRA ORTEGA NEMBER ELIAS

Fecha: 03/12/2024

Identificación: CC: 16926974

Fecha Nacimiento: 06/09/1980

Cargo: OFICIAL

Edad: 44 AÑOS 2 MESES 29 DÍAS

Tipo de Sangre: O +

Estado Civil: SOLTERO(A)

Género: MASCULINO

Ciudad: CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)

Dirección: CRA28B#72W46

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA