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. 3009121506 - Tel. 5244020 - E-mail. servicioalcliente@prevenirsas.com
www.prevenirsas.com

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 61.541

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 20 DÍA | 09 MES | 2022 AÑO | CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | PRE INGRESO |

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

| QUALITAS SALUD LTDA | REGISTRADURIA |
|---|---|
| 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)

| BONILLA LENIS RICAURTE | Genero | Edad | Documento de identificación | |
|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | MASCULINO | 61 AÑOS 1 MESES 1 DÍAS | CC Tipo | 16675310 Número |

Cargo
**AUXILIAR ADMINISTRATIVO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

**N/A** NO SE EVALUARON 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:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR | ✓ | PERFIL LIPIDICO | ✓ |
| OPTOMETRÍA | ✓ | GLICEMIA | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL | USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE A RIESGOS | SE ACONSEJA MANTENER HABITOS DE VIDA SALUDABLE |
| PACIENTE SIN EVIDENCIA DE CONDICION DE RIESGO COVID 19 | PAUSAS ACTIVAS | CONTROL DE PESO |
| | ADECUADA HIGIENE POSTURAL | DIETA BALANCEADA |
| | LAVADO DE MANOS | REALIZAR ACTIVIDAD FISICA |
| | INCLUIR EN SVE DE ACUERDO A MATRIZ DE PELIGROS Y RIESGOS DE LA EMPRESA | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

DEBE ASISTIR A CONTROLES DE SU PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION DE SU ENTIDAD DE SALUD- DEBE PROPENDER POR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE (DIETA Y EJERCICIO CARDIOVASCULAR REGULAR)- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS C/2 HORAS- USAR EPP ACORDES A LOS RIESGOS OCUPACIONALES- PROMOVER EL AUTOCUIDADO, LA SEGURIDAD PROACTIVA Y LA HIGIENE POSTURAL--INCLUIR EN SVE DE ACUERDO A LA MATRIZ DE RIESGOS 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Firma:

Nombres: LOPEZ ECHEVERRY FRANCISCO JAVIER

**Aspirante o Trabajador**

Firma: