PREVENZA IPS S.A.S.
Profesionales Líderes en la Seguridad y Salud en el Trabajo

NIT. 900369512-9
Calle 10 N.3-27 Local 201 centro, Neiva
Cel. 3173780679 - Tel. 8719366 - 8714570
E-mail. prevenzaips.sas2@gmail.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 36.685**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 21 DÍA | 02 MES | 2025 AÑO | NEIVA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad | **EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PRE-INGRESO** |

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

| **PARTICULAR** | **PARTICULAR** |
|---|---|
| **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)

| **QUIMBAYA CUELLAR LUZ DIVIA** | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 33 AÑOS 3 MESES 23 DÍAS | CC | 1075257431 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**CONTRATISTA**

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

Observaciones: *NO APLICA*

| **N/A** | NO SE EVALUARÓN 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 PRE-INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓ | ---------- |

| **RECOMENDACIONES MÉDICAS** | **RECOMENDACIONES OCUPACIONALES** | **HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES** |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | | 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. 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:** BERMEO PARRA JUAN SEBASTIAN

**R. M.:** 1081156875 **L.S.O.:** 99 DE 2021

**Código de Seguridad**
**S173Y1E36685**

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** QUIMBAYA CUELLAR LUZ DIVIA

**CC:** 1075257431