



# MEDISSCOP S.A.S

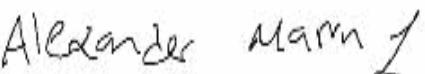
MÉDICOS ESPECIALISTAS EN LA SALUD OCUPACIONAL  
HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

Nit: 900896434 - 2  
Carrera: 30 # 9C - 48  
B/ Champagnat detrás del FCECEP  
Tel: 378-53-41  
Palmira  
Calle 37 #26 -33 B/ Santa Rita  
Tel: 378-53-41 / 262-32-74  
www.medisscop.com.co  
medisscop@gmail.com  
contamedisscop@gmail.com



Nº 35.359

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
03 DÍA	10 MES	2024 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO			
			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
INGENIOTEC S.A.S			INGENIOTEC S.A.S			
Nombre de la empresa			Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)						
ZULUAGA PEREZ ALEJANDRO			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			MASCULINO	42 AÑOS 9 MESES 29 DÍAS	CC	16536186
Apellidos y Nombres					Tipo	Número
Cargo <b>AYUDANTE, CONDUCTOR</b>						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>SIN RESTRICCIONES</b>						
Observaciones: <b>APTO PARA LABORAR</b>						
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:						
AUDIOMETRIA			✓	GLUCOSA		✓
VISIONETRIA			✓	PSICOSENSOMETRICO		✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE PRE INGRESO			✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		USO DE EPP			DEJAR DE FUMAR	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIONISTA					CONTROL DE PESO	
					HACER DEPORTE	
					DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
AUDICION NORMAL, GLICEMIA NORMAL, VISION NORMAL, OBESIDAD, APTO PARA LABORAR						
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			Aspirante o Trabajador			
						
Firma:			Firma:			
Nombre: MARIN LARRAHONDO ALEXANDER			Nombre: ZULUAGA PEREZ ALEJANDRO			
						

R. M.: 76393

L.S.O.: 0359

Código de Seguridad CC:

16536186

**F1283L1R35359**