



MEDISSCOP S.A.S

MÉDICOS ESPECIALISTAS EN LA SALUD OCUPACIONAL
HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

Nit: 900896434 - 2

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 35.359

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
03 DÍA	10 MES	2024 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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 Extranjería, 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 AYUDANTE, CONDUCTOR					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIONES					
Observaciones: APTO PARA LABORAR					
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 ✓	
VISIOMETRIA		✓		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