



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 35.406

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
04 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 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)							
CALVO BEDOYA JAVIER ANTONIO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	60 AÑOS 6 MESES 18 DÍAS	CC	16694732
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo 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	✓	
VISIONETRIA				✓	PSICOSENSOMETRICO	✓	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE PRE INGRESO				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO			USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES			SVE AUDITIVO			HACER DEPORTE	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA	
VALORACIÓN POR EPS : AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
AUDICION HIPOACUSIA LEVE BILATERAL, GLICEMIA NORMAL, VISION PRESBICIA MIOPIA, 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: MARIN LARRAHONDO ALEXANDER				Nombre: CALVO BEDOYA JAVIER ANTONIO			
R. M.: 76393		L.S.O.: 0359		Código de Seguridad R1283X1D35406		CC: 16694732	