



N° 29.670

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
17 DÍA	10 MES	2023 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)				
Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
PRECOLTUR SAS			PRECOLTUR SAS	
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)				
USUGA ROJAS JOHN ELIECER			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	25 AÑOS
			Documento de Identificación	CC
			Tipo	1037269382
			Número	
Cargos				
CONDUCTOR				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)				
Observaciones: NO APLICA				
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				
N/A				
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA	NO APLICA
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:				
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA			✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA
AUDIOMETRÍA			✓	PSICOACTIVO
VISIOMETRÍA			✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				
			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
			HABITOS SALUDABLES	
			CONTROL DE PESO	
			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
			DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO				
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. De igual manera he sido notificado por parte del médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional.				
Médico			Aspirante o Trabajador	
Firma:			Firma:	
Nombre: GIRALDO HOYOS JENIFER			Nombre: USUGA ROJAS JOHN ELIECER	
R. M.: 1128437035			CC: 1037269382	
L.S.O.: 2019060049430				
Código de Seguridad				
N117T1Z29670				