



Nº 43.992

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

07 DÍA 03 MES 2025 AÑO MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

Ciudad

TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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)

LODONÓ GIRALDO JUAN DAVID

Genero

Edad

Documento de Identificación

MASCULINO

34 AÑOS

CC

1042768837

Apellidos y Nombres

Tipo

Número

Cargo
CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: NO APLICA

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

N/A

RESTRICCIONES LABORALES

TIPO

RECOMENDACIONES

NO APLICA

NO APLICA

NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA

COLUMNA



AUDIOMETRÍA



VISIONETRÍA



PSICOACTIVO

RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE
PARA CONDUCIR

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

HABITOS SALUDABLES

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

DIETA BALANCEADA

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

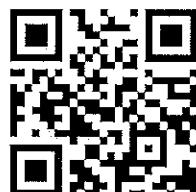
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- 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

Raul F. Zapata



Código de Seguridad

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404

L.S.O.: S201706010407

U117A1G43992

Aspirante o Trabajador

Juan D. G.

Firma:

Nombre: LONDONO GIRALDO JUAN DAVID

cc: 1042768837

RECOMENDACIONES

Paciente: LONDOÑO GIRALDO JUAN DAVID

Fecha: 07/03/2025

Identificación: CC: 1042768837

Fecha Nacimiento: 13/02/1991

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 34 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CLL 64 C CRA 124

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL: USO PERMANENTE PARA CONDUCIR, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

MÉDICO

Raúl Zapata

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

PACIENTE

Juan D. J. G.

Firma:

Nombre: LONDOÑO GIRALDO JUAN DAVID

CC: 1042768837