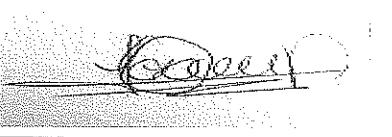




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 38.972

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
27	09	2024	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad			
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)						
LOPEZ MONSALVE ROGER CAMILO			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			MASCULINO	29 AÑOS	CC	1146438849
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 COLUMNAS AUDIOMETRÍA VISIONETRÍA		PRUEBA PSICOSENSOMETRICA PSICOACTIVO				
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEOMUSCULAR		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
VALORACIÓN POR EPS: POR NUTRICIÓN				HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
PRUEBA DE TÓXICOS 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: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO Código de Seguridad: A117G1M38972 R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660 cc: 1146438849				
						



NIT: 901154336-9

Cel: 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com

RECOMENDACIONES

Paciente: LOPEZ MONSALVE ROGER CAMILO

Fecha: 27/09/2024

Identificación: CC: 1146438849

Fecha Nacimiento: 10/12/1994

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 29 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CR 39 # 64-19

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: POR NUTRICIÓN.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

MÉDICO



Firma:

Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

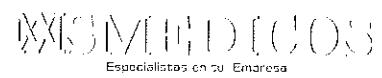
R.M. 5-1216-10 L.S.O. 2017060104660

PACIENTE

Firma:

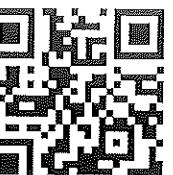
Nombre: LOPEZ MONSALVE ROGER CAMILO

CC: 1146438849



NIT: 9001154336-9
Cel. 301 251 9764

Carrera 61a No 78-581 Barrio Caribe - Medellín
governacolmedicos@outlookmedellin.com



Código de Seguridad

D117J57P38972

Nº 38972

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
27	09	2024	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad			
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, Tf, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)						
LOPEZ MONSALVE ROGER CAMILO		Genero	Edad	Documento de Identificación		
		MASCULINO	29 AÑOS 9 MESES 17 DÍAS	CC	1146438849	
Apellidos y Nombres				Tipo	Número	
Cargo						
CONDUCTOR						
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO						
RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES						
ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE						
RECOMENDACIONES MÉDICAS						
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: POR NUTRICIÓN.						
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES						
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR						

Datos del Médico:



Profesional: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660

Especialidad:

Responsable del SG-SST:

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

Recibido por el trabajador o aspirante

Documento: _____
Nombre: Roger Camilo Lopez
Fecha: 28-09-2024

