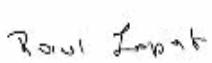
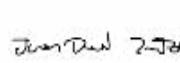




## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 45.676

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
07 DÍA	05 MES	2025 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO		
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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)					
ZAPATA FERNANDEZ JUAN DAVID			Genero	Edad	Documento de Identificación
			MASCULINO	44 AÑOS	CC
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
<b>APLAZADO POR CONDICIÓN MEDICA</b>					
Observaciones: <i>HASTA APORTAR HEMOGLOBINA GLICOSILADA NUEVA O INFERIOR A 3 MESES</i>					
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					N/A
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES	
NO APPLICA			NO APPLICA	NO APPLICA	
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>					
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEO muscular Y COLUMNA			✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA ✓	
AUDIOMETRÍA			✓	PSICOACTIVO ✓	
VISIOMETRÍA			✓	-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR		SVE CARDIOVASCULAR		HABITOS SALUDABLES	
CONTROLES MEDICOS EN SU EPS		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO</li> <li>- SE SUGIERE SOLICITAR CITA ANUAL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA EVALUACIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO</li> <li>- TRABAJADOR CON ANTECEDENTE DE CONDICION MEDICA DE ORIGEN METABOLICO. SE INSISTE EN LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DE ASISTIR AL PROGRAMA DE CONTROL CARDIOVASCULAR DE LA EPS. SE DEJA APLAZADO CONCEPTO OCUPACIONAL HASTA APORTAR RESULTADO DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA MENOR A 3 MESES O NUEVA</li> </ul>					
<p>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.</p>					
<b>Médico</b>			<b>Aspirante o Trabajador</b>		
					
Firma:			Firma:		
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO			Nombre: ZAPATA FERNANDEZ JUAN DAVID		
R. M.: 5065404		L.S.O.: S201706010407		CC: 71370759	
Código de Seguridad <b>P117V1B45676</b>					

## RECOMENDACIONES

**Paciente:** ZAPATA FERNANDEZ JUAN DAVID

**Fecha:** 07/05/2025

**Identificación:** CC: 71370759

**Fecha Nacimiento:** 13/02/1981

**Cargo:** CONDUCTOR

**Edad:** 44 AÑOS

**Género:** MASCULINO

**Estado Civil:** CASADO(A)

**Dirección:** CRA 43 # 63 04

**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

## RECOMENDACIONES MÉDICAS

CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CONTINUAR CONTROLES MEDICOS EN SU EPS, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

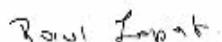
## RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

## RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE CARDIOVASCULAR, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

## MÉDICO



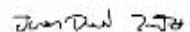
Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404

L.S.O S2017060104075

## PACIENTE



Firma:

Nombre: ZAPATA FERNANDEZ JUAN DAVID

CC: 71370759