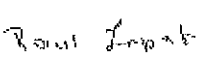




**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

Nº 39.643

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
23 DÍA	10 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			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)							
BENITEZ SEPULVEDA MAICOL				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	24 AÑOS	CC	1007633688
						Tipo	Número
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
<b>APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)</b>							
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 COLUMNA				PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			
AUDIOMETRÍA				PSICOACTIVO			
VISIONETRÍA							
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<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>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO R. M.: 5065404 L.S.O.: S201706010407				 Código de Seguridad H117N1T39643 Firma: _____ Nombre: BENITEZ SEPULVEDA MAICOL CC: 1007633688			

## RECOMENDACIONES

Paciente: BENITEZ SEPULVEDA MAICOL

Identificación: CC: 1007633688

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CLL 143 SUR CRA 50 - 84

Fecha: 23/10/2024

Fecha Nacimiento: 08/06/2000

Edad: 24 AÑOS

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

### RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

### RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

DIETA BALANCEADA, HáBITOS SALUDABLES

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

## MÉDICO

*Raul Ospina*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

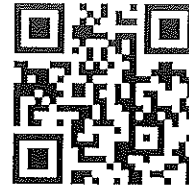
R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

## PACIENTE

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: BENITEZ SEPULVEDA MAICOL

CC: 1007633688



Código de Seguridad  
V117B57H39643



N° 39643

## RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
23 DÍA	10 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		
			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA 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)					
BENITEZ SEPULVEDA MAICOL			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	24 AÑOS 4 MESES 15 DÍAS	CC 1007633688
				Tipo	Número
Cargo					
CONDUCTOR					
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO					
RECOMENDACIONES MÉDICAS					
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO					
RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES					
DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES					
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES					
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Raúl Ospina

Carlos Ruiz Zuleta

*[Signature]*

Profesional: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

C.C.: 5065404

L.S.O.: S2017060104075

Documento: 1152700587

Nombre:

Fecha:

23/10/2024

Documento:

Nombre:

Fecha:

1007633688

Maicol Benítez

23 oct 2024

