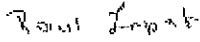




Nº 39.643

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
23 DÍA	10 MES	2024 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			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)						
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			<input checked="" type="checkbox"/>	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA <input checked="" type="checkbox"/>		
AUDIOMETRÍA			<input checked="" type="checkbox"/>	PSICOACTIVO <input checked="" type="checkbox"/>		
VISIONETRÍA			<input checked="" type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PAUSAS 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		 Firma: _____ Nombre: BENITEZ SEPULVEDA MAICOL CC: 1007633688				
<div style="text-align: center;">   Código de Seguridad  H117N1T39643 </div>						



NIT: 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

## RECOMENDACIONES

Paciente: BENITEZ SEPULVEDA MAICOL

Fecha: 23/10/2024

Identificación: CC: 1007633688

Fecha Nacimiento: 08/06/2000

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 24 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CLL 143 SUR CRA 50 - 84

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

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO  
R.M. 5065404 L.S.O. S2017060104075

### PACIENTE

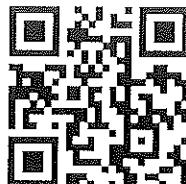
Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: BENITEZ SEPULVEDA MAICOL  
CC: 1007633688



Especialistas en su Empresa

NIT: 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

Código de Seguridad



V117B57H39643

Nº 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)			
			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)						
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

*Raul F. Zapata*

Profesional: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO  
N.I.: 5065404 L.S.O.: S2017060104075

Especialidad:

*Carlos Rui Zuleta*

Documento: 1152700587

Nombre:

Fecha: 23/10/2024

Documento: 1007633688

Nombre: Maicol Benitez

Fecha: 23 oct 2024

(

(