



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43.987

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
07 DÍA	03 MES	2025 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, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)											
PORTELA CELEMIN GUSTAVO ANDRES				Genero		Edad		Documento de Identificación			
				MASCULINO		38 AÑOS		CC		1013581798	
								Tipo		Número	
Apellidos y Nombres											
Carácter de la Evaluación: 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 COLUMNA				PRUEBA PSICOSENSOMETRICA							
AUDIOMETRÍA				PSICOACTIVO							
VISIOMETRÍA				-----							
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES					
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES					
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO						CONTROL DE PESO					
						DIETA BALANCEADA					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES											
- TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVO											
- SOLICITAR VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL Y/O NUTRICIÓN EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA EL CONTROL DE SU ALTERACIÓN DEL PESO CORPORAL. ESTA CONDICIÓN NO LE GENERA RESTRICCIONES PARA LABORAR											
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: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO				Nombre: PORTELA CELEMIN GUSTAVO ANDRES							
R. M.: 5065404 L.S.O.: S201706010407				cc: 1013581798							
Código de Seguridad											
H117N1T43987											



RECOMENDACIONES

Paciente: PORTELA CELEMIN GUSTAVO ANDRES	Fecha: 07/03/2025
Identificación: CC: 1013581798	Fecha Nacimiento: 03/09/1986
Cargo: CONDUCTOR	Edad: 38 AÑOS
Género: MASCULINO	Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: CLL 107# 46-19	Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

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

RECOMENDACIONES Hábitos y estilos de vida saludables

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

PACIENTE

Gustavo Portela

Firma: _____

Nombre: PORTELA CELEMIN GUSTAVO ANDRES

CC: 1013581798

C

C