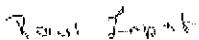



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 39.685

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24 DÍA	10 MES	2024 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 Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)						
ACEVEDO ALVAREZ JUAN DIEGO			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	45 AÑOS	CC	71337581
					Tipo	Número
CONDUCTOR						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL						
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL						
Observaciones: NO APLICA						
PARA LA LABOR ASIGNADA						
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	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE PARA CONDUCIR		SVE VISUAL			HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE AUDITIVO			DIETA BALANCEADA	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL				
RAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
<ul style="list-style-type: none"> - TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO - DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE ENCUENTRA POR FUERA DE LOS RANGOS NORMALES PARA EL ÁREA DE REACCIONES MULTIPLES EN ESTADO DE ALERTA COORDINACIÓN VISOMOTRIZ BIMANUAL PERCEPCIÓN DE LA VELOCIDAD Y ESTIMACIÓN DEL MOVIMIENTO . SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO. - DEBE USAR LOS LENTES DE CORRECCIÓN VISUAL DE FORMA PERMANENTE (ES NECESARIO PARA EVITAR ACCIDENTES, CANSANCIO VISUAL Y LA PROGRESIÓN DE SU ENFERMEDAD) - EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 85 DB POR MAS DE 8 HORAS , EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES O AUDÍFONOS , EVITAR EXPOSICIÓN A MÚSICA A ALTO VOLUMEN . MANEJAR CON VIDRIOS CERRADOS 						
<small>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.</small>						

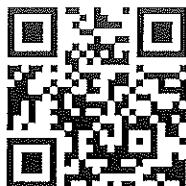
Médico

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

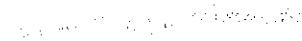
R. M.: 5065404

L.S.O.: S2017060104075



Código de Seguridad

V117B1H39685

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ACEVEDO ALVAREZ JUAN DIEGO

cc: 71337581



NIT: 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

Paciente: ACEVEDO ALVAREZ JUAN DIEGO

Fecha: 24/10/2024

Identificación: CC: 71337581

Fecha Nacimiento: 02/12/1978

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 45 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CALLE 59 C 137 131

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

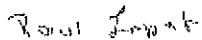
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL; USO PERMANENTE PARA CONDUCIR

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE AUDITIVO, SVE VISUAL

MÉDICO

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

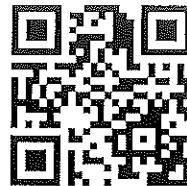
R.M. 5065404 L.S.O. S2017060104075

PACIENTE

Firma:

Nombre: ACEVEDO ALVAREZ JUAN DIEGO

cc: 71337581



Código de Seguridad

V117B57H39685



N° 39685

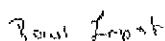
RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24 DÍA	10 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	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, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
ACEVEDO ALVAREZ JUAN DIEGO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	45 AÑOS 10 MESES 22 DÍAS	CC	71337581
						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, USAR CORRECCIÓN VISUAL: USO PERMANENTE PARA CONDUCIR							
RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES							
DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES							
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES							
PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE AUDITIVO, SVE VISUAL							

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante



 Profesional: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO
 R. M.: 5065404 L.S.O.: S2017060104075
 Especialidad:

 Carlos Ruiz Zúñiga
 Documento: 7152700587
 Nombre: Carlos Ruiz
 Fecha: 24/10/2024

 Documento:
 Nombre:
 Fecha:

