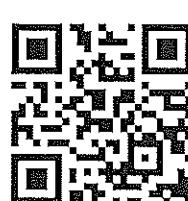
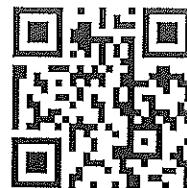




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
29 DÍA	07 MES	2025 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)						
CANO UPEGUI MILTON ISAIAS			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	50 AÑOS	CC	71396238
					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 COLUMNAS AUDIOMETRÍA VISIONETRÍA			<input checked="" type="checkbox"/> PRUEBA PSICOSENSOMETRICA <input checked="" type="checkbox"/> PSICOACTIVO <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> ----- <input checked="" type="checkbox"/>	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICIÓN		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL SVE OSTEOMUSCULAR			HABITOS SALUDABLES ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE 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:			 Código de Seguridad R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660 R117X1D48016 CC: 71396238			
Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO R. M.: 5-1216-10			Firma: Nombre: CANO UPEGUI MILTON ISAIAS			



Código de Seguridad

L117R57X48016



Nº 48016

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
29 DÍA	07 MES	2025 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, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CANO UPEGUI MILTON ISAIAS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	50 AÑOS 0 MESES 14 DÍAS	CC	71396238
						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO							
RECOMENDACIONES MÉDICAS							
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: POR NUTRICIÓN							
RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES							
HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA							
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES							
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEO muscular							

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante



ssional: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO
R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660
Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

Documento: 71396238
Nombre: John Jairo Cano
Fecha: 2017-07-25