



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 35.945

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
13 DÍA	06 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)					
OTALVARO SALCEDO LUIS CARLOS		Apellido y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación
			MASCULINO	52 AÑOS	CC 9800959
Cargo 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 <input checked="" type="checkbox"/> COLUMNA					
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES	
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
<p>-TRABAJADOR CON CONDICIÓN DE PARED ABDOMINAL RESUELTA CON ÉXITO AL DÍA DE HOY . PUEDE PINTTEGRARSE A SU LABOR HABITUAL DE CONDUCTOR SIN RESTRICCIONES PARA LA MISMA . ORMAR CUALQUIER CAMBIO EN SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE SU EMPRESA .</p>					
<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: _____			 Firma: _____		
Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO			Nombre: OTALVARO SALCEDO LUIS CARLOS		
R. M.: 050595-14			L.S.O.: 10144 DE 10/11/		
Código de Seguridad: R117X1D35945			cc: 9800959		



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

RECOMENDACIONES

Paciente: OTALVARO SALCEDO LUIS CARLOS

Fecha: 13/06/2024

Identificación: CC: 9800959

Fecha Nacimiento: 08/03/1972

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 52 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CALLE 94 CCRA 82 C 26

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO



Firma: _____

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDDIER ALBEIRO

R.M. 050595-14 L.S.O 10144 DE 10/11/20

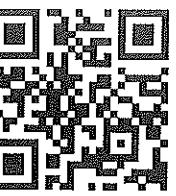
PACIENTE



Firma: _____

Nombre: OTALVARO SALCEDO LUIS CARLOS

CC: 9800959



Código de Seguridad

F117L57R35945

Nº 35945

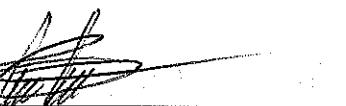
RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
13 DÍA	06 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE POST-INCAPACIDAD			
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)							
OTALVARO SALCEDO LUIS CARLOS		Genero	Edad	Documento de Identificación			
		MASCULINO	52 AÑOS 3 MESES 5 DIAS	CC	9800959		
Apellidos y Nombres				Tipo	Número		
Cargo CONDUCTOR							
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO							
RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES							
HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA							
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES							
PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL							
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES ADICIONALES:							
-TRABAJADOR CON CONDICIÓN DE PARED ABDOMINAL RESUELTA CON ÉXITO AL DÍA DE HOY . PUEDE REINTEGRARSE A SU LABOR HABITUAL DE CONDUCTOR SIN RESTRICCIONES PARA LA MISMA . -INFORMAR CUALQUIER CAMBIO EN SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE SU EMPRESA .							

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante:



Profesional: VELASQUEZ BETANCUR EIDER ALBEIR

R. M.: 050595-14 L.S.O.: 10144 DE 10/11/20

Especialidad:

Documento:

Nombre:

Fecha:

Documento: 9.800.959

Nombre: Luis C. Otañero S.

Fecha:

