



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 39.560

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
21	10	2024	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
DÍA	MES	AÑO	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, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
ARROYAVE BETANCUR EDGAR DE JESUS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	58 AÑOS	CC	98492611
Apellidos y Nombres					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 EVALUARÁN 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			
USAR CORRECCIÓN VISUAL		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEOMUSCULAR		CONTROL DE PESO			
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO							
<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: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO				Nombre: ARROYAVE BETANCUR EDGAR DE JESUS			
R. M.: 5065404 L.S.O.: S201706010407: Y117E1K39560				CC: 98492611			

RECOMENDACIONES

Paciente: ARROYAVE BETANCUR EDGAR DE JESUS

Fecha: 21/10/2024

Identificación: CC: 98492611

Fecha Nacimiento: 27/04/1966

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 58 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CLL 101 B # 77 30

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

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

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HáBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

MÉDICO

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

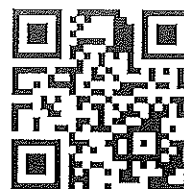
R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

PACIENTE

Firma: _____

Nombre: ARROYAVE BETANCUR EDGAR DE JESUS

CC: 98492611



Código de Seguridad

V117B57H39560



N° 39560

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
21 DÍA	10 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	
			Ciudad	
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO				
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, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
ARROYAVE BETANCUR EDGAR DE JESUS			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	58 AÑOS 5 MESES 25 DÍAS
			Documento de Identificación	
			CC	98492611
			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				
RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES				
CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES				
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR				

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Raul Ospina

Profesional: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO
C.C.: 5065404 L.S.O.: S2017080104075
Especialidad:

Documento:
Nombre:
Fecha:

Documento:
Nombre:
Fecha:

