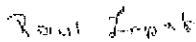
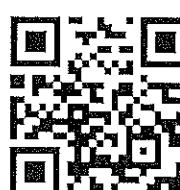
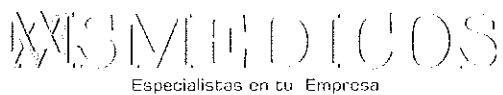




N° 39.560

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
|--|-----------|-----------------------|---|---------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| 21 DÍA | 10 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) | | | | | | |
| ARROYAVE BETANCUR EDGAR DE JESUS | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| Apellidos y Nombres | | | MASCULINO | 58 AÑOS | CC | 98492611 |
| | | | | | 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"/> | | | |
| 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 | | | | | | |
| SÍNTESIS EN ORINA NO REACTIVO | | | | | | |
| 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 verificables. 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: ARROYAVE BETANCUR EDGAR DE JESUS | | | |
| R. M.: 5065404 | | L.S.O.: S201706010407 | | Código de Seguridad | | cc: 98492611 |
|  Código de Seguridad: Y117E1K39560 | | | | | | |



NIT: 901154336-9

Cel: 301 251 9764

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

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

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

PACIENTE

Firma: _____

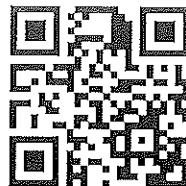
Nombre: ARROYAVE BETANCUR EDGAR DE JESUS

CC: 98492611



NIT: 9011160336-0
Cel. 301 231 9764

Carrera 6A No 78-581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasamedico@masamedellin.com



Código de Seguridad



Nº 39560

V117B57H39560

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 | | | |
| 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) | | | | | | |
| ARROYAVE BETANCUR EDGAR DE JESUS | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| Apellidos y Nombres | | | MASCULINO | 58 AÑOS 5 MESES 25 DÍAS | 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 OSTEO muscular | | | | | | |

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Raúl F. Zapata

Especialista: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO
Cédula: 5065404 L.S.O.: S2017060104075
Especialidad:

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

(

(