



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.123

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
19 DÍA	06 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	
			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO	
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)			
PATIÑO PUERTA LEÓN DARIO	Genero	Edad	Documento de Identificación
	MASCULINO	44 AÑOS	CC 98637196
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

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 COLUMNA	✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PSICOACTIVO	✓
VISIOMETRÍA	✓		

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL POR NUTRICIONISTA		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
ESPECIALISTA : POR CIRUGIA GENERAL PARA VALORACIÓN DE DEBILIDAD DE PARED ABDOMINAL , NO GENERA RESTRICCIONES		DIETA BALANCEADA

AS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

-TOXICOS 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 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</p> <p>Firma: _____</p> <p>Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO</p> <p>R. M.: 050595-14 L.S.O.: 10144 DE 10/11/</p>	 <p>Código de Seguridad H117N1T36123</p>	<p>Aspirante o Trabajador</p> <p>Firma: _____</p> <p>Nombre: PATIÑO PUERTA LEÓN DARIO</p> <p>CC: 98637196</p>
--	--	--

RECOMENDACIONES

Paciente: PATIÑO PUERTA LEÓN DARIO

Fecha: 19/06/2024

Identificación: CC: 98637196

Fecha Nacimiento: 14/10/1979

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 44 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CR 50 # 50-99

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: CONTROL POR NUTRICIONISTA; ESPECIALISTA: POR CIRUGIA GENERAL PARA VALORACION DE DEBILIDAD DE PARED ABDOMINAL , NO GENERA RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Firma: 

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

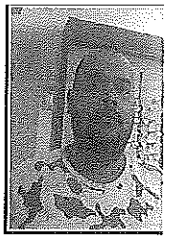
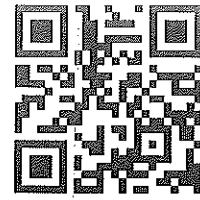
R.M. 050595-14 **L.S.O** 10144 DE 10/11/20:

PACIENTE

Firma: 

Nombre: PATIÑO PUERTA LEÓN DARIO

CC: 98637196



RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	06 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)			
			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)						
PATIÑO PUERTA LEÓN DARIO			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			MASCULINO	44 AÑOS 8 MESES 5 DÍAS	CC	98637196
Apellidos y Nombres				Tipo	Número	
Cargo						
INDUCTOR						
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: CONTROL POR NUTRICIONISTA , ESPECIALISTA: POR CIRUGIA GENERAL PARA VALORACION DE DEBILIDAD DE PARED ABDOMINAL , NO GENERA RESTRICCIONES						
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES						
HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA						
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES						
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL						
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES ADICIONALES:						
-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO						

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o apirante:

[Signature]

[Signature]

[Signature]

Profesional: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEI
R. M.: 050595-14 L.S.O.: 10144 DE 10/11/20
Especialidad:

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

C

C