



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.719

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
17 DÍA	07 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) <small>Ciudad</small>		
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PRECOLTUR SAS <small>Nombre de la empresa</small>			PRECOLTUR SAS <small>Empresa en misión</small>		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PF, Pasaporte)					
RIVAS NUÑEZ MASYOLIS <small>Apellidos y Nombres</small>			Genero FEMENINO	Edad 37 AÑOS	Documento de Identificación CC 1040355485 <small>Tipo Número</small>
AUXILIAR ADMINISTRATIVA					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)					
Observaciones: NO APLICA					
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					N/A
RESTRICCIONES LABORALES NO APLICA		TIPO NO APLICA		RECOMENDACIONES NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA VISIOMETRÍA			GLICEMIA		
RECOMENDACIONES MÉDICAS EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES HABITOS SALUDABLES DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
- GLUCOMETRÍA ALTERADA, PACIENTE INFORMA NO ESTAR EN AYUNAS. SE HACE ENFASIS EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 30 MINUTOS AL DÍA POR 5 DÍAS DE LA SEMANA Y ALIMENTACIÓN BALANCEADA.					
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.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
 Firma: _____ Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA R. M.: 5065404 L.S.O.: S201706010407			 Código de Seguridad S117Y1E36719		
Firma: _____ Nombre: RIVAS NUÑEZ MASYOLIS CC: 1040355485					

Firma: _____
Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA
R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

Raul Fernando Zapata

MÉDICO

RECOMENDACIONES MÉDICAS
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES
PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

PACIENTE

Firma: _____
Nombre: RIVAS NUÑEZ MASYOLIS
CC: 1040355485

Paciente: RIVAS NUÑEZ MASYOLIS
Identificación: CC: 1040355485
Cargo: AUXILIAR ADMINISTRATIVA
Género: FEMENINO
Dirección: CR 76 A E # 83-44
Fecha: 11/07/2024
Fecha Nacimiento: 05/12/1987
Edad: 37 AÑOS
Estado Civil: SOLTERO(A)
Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES

Carrera 64a No 78-581 Barrio Centro Medellín
gerencia@masydicos.com

TEL: 311 276 3931
CEL: 311 276 3931

Especialistas en tu Empresa

EXAMINADOS