



N° 38.877

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
25	09	2024	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
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)						
PARRA POSADA ESTEFANIA			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			FEMENINO	31 AÑOS	CC	1152443449
					Tipo	Número
COORDINADORA						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL						
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)						
Observaciones: NO APLICA						
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			GLICEMIA			
VISIOMETRÍA						
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR SEGUIMIENTO MEDICO EN SU EPS EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
GLUCOMETRIA NORMAL TRABAJADORA EN EL MOMENTO CURSANDO CON SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA AGUDA, AUNQUE EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE ALARMA, SE SUGIERE CONSULTAR EN SU EPS PARA EVALUACION Y MANEJO.						
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: <u>Raúl Ospina Zapata</u>			Firma: <u>Estefanía Parra Posada</u>			
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO			Nombre: PARRA POSADA ESTEFANIA			
R. M.: 5065404			CC: 1152443449			
L.S.O.: S201708010407			Código de Seguridad: A117G1M38877			

RECOMENDACIONES

Paciente: PARRA POSADA ESTEFANIA

Fecha: 25/09/2024

Identificación: CC: 1152443449

Fecha Nacimiento: 17/10/1992

Cargo: COORDINADORA

Edad: 31 AÑOS

Género: FEMENINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CLL 54 33 100

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CONTINUAR SEGUIMIENTO MEDICO EN SU EPS, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO,
VALORACIÓN POR EPS: MEDICINA GENERAL

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HáBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

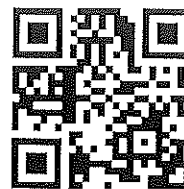
R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

PACIENTE

Firma: _____

Nombre: PARRA POSADA ESTEFANIA

CC: 1152443449



Código de Seguridad
H117N57T38877



N° 38877

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
25 DÍA	09 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	
			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
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)				
PARRA POSADA ESTEFANIA			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			FEMENINO	31 AÑOS 11 MESES 8 DÍAS
			Documento de Identificación	CC .. 1152443449
			Tipo	Número
Cargo				
COORDINADORA				
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO				
RECOMENDACIONES MÉDICAS				
CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CONTINUAR SEGUIMIENTO MEDICO EN SU EPS, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: MEDICINA GENERAL				
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES				
CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HáBITOS SALUDABLES				
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL				

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Raul Ospina

esional: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO
R. M.: 5065404 L.S.O.: S2017060104075
Especialidad:

Documento:
Nombre:
Fecha:

[Signature]
Documento: 1152443449
Nombre: Estefania Parra Posada
Fecha: 25/09/2024