



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.118

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	06 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)						
MARIN CHICA VERONICA			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			FEMENINO	26 AÑOS	CC	1152711728
					Tipo	Número
SECRETARIA						
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			<input checked="" type="checkbox"/>	GLICEMIA		
VISIOMETRÍA			<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				CONTROL DE PESO		
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
				DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
OCOSA NORMAL						
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:			Firma:			
Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO			Nombre: MARIN CHICA VERONICA			
R. M.: 050595-14			CC: 1152711728			
L.S.O.: 10144 DE 10/11/			Código de Seguridad: Q117W1C36118			



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

RECOMENDACIONES

Paciente: MARIN CHICA VERONICA

Fecha: 19/06/2024

Identificación: CC: 1152711728

Fecha Nacimiento: 14/04/1998

Cargo: SECRETARIA

Edad: 26 AÑOS

Género: FEMENINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CLL 103 C # 65-32

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

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

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

MÉDICO

Firma: 

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

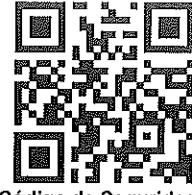
R.M. 050595-14 L.S.O 10144 DE 10/11/20

PACIENTE

Firma: 

Nombre: MARIN CHICA VERONICA

CC: 1152711728



Código de Seguridad
Y117E57K36118



N° 36118

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 DE INGRESO		
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, GE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
MARIN CHICA VERONICA		Genero	Edad	Documento de identificación	
Apellidos y Nombres		FEMENINO	26 AÑOS 2 MESES 5 DÍAS	CC	1152711728
Cargo		Tipo		Número	
SECRETARIA					
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO					
RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES					
HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA					
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES					
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					
RECOMENDACIONES MÉDICAS					
USAR CORRECCIÓN VISUAL, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO					
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES ADICIONALES:					
-GLUCOSA NORMAL					

Datos del Médico:

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

Responsable del SG-SST:

Documento: 21.928.435
Nombre: Milena Valencia L.
Fecha: 19/06/2024

Recibido por el trabajador o aspirante:

Documento: 1152711728
Nombre: Veronica Marin C.
Fecha: 19/06/2024

