



N° 39.534

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
18 DÍA	10 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)						
OSPINA NOREÑA LUIS DE JESUS			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	42 AÑOS	CC	80208353
					Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)						
Observaciones: <i>NO APLICA</i>						
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		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE PARA TRABAJAR		SVE VISUAL		HABITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
IRACIÓN POR EPS : NUTRICION				DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
GLUCOMETRIA : NORMAL , PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA : NO REACTIVA						
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: GIRALDO HOYOS JENIFER R. M.: 1128437035 L.S.O.: 2019060049430			 Código de Seguridad 0117U1A39534 Firma: _____ Nombre: OSPINA NOREÑA LUIS DE JESUS CC: 80208353			

RECOMENDACIONES

Paciente: OSPINA NOREÑA LUIS DE JESUS

Fecha: 18/10/2024

Identificación: CC: 80208353

Fecha Nacimiento: 11/02/1982

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 42 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CLL 53 B 85 E 46

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL:
PERMANENTE PARA TRABAJAR , VALORACIÓN POR EPS: NUTRICION

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE VISUAL

MÉDICO

Firma: _____

Nombre: GIRALDO HOYOS JENIFER

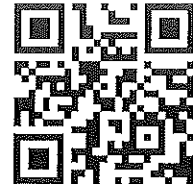
R.M. 1128437035 L.S.O 2019060049430

PACIENTE

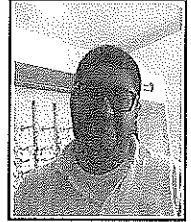
Firma: _____

Nombre: OSPINA NOREÑA LUIS DE JESUS

CC: 80208353



Código de Seguridad
J117P57V39534



N° 39534

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
18 DÍA	10 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)					
OSPINA NOREÑA LUIS DE JESUS		Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres		MASCULINO	42 AÑOS 8 MESES 6 DÍAS	CC	80208353
				Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR					
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO					
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES					
ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HáBITOS SALUDABLES					
RECOMENDACIONES MÉDICAS					
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL: PERMANENTE PARA TRABAJAR, VALORACIÓN POR EPS: NUTRICION					
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES					
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE VISUAL					

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

[Signature]

Carlos Rive Zúñiga

[Signature]

Profesional: GIRALDO HOYOS JENIFER
R. M.: 1128437035 L.S.O.: 2019060049430
Especialidad:

Documento: 7152700587
Nombre:
Fecha: 18/10/2024

Documento: 80208353
Nombre: Luis de Jesús Ospina
Fecha: 18/10/2024

C

C