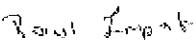
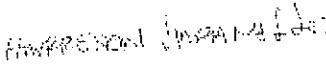
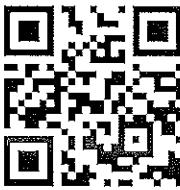
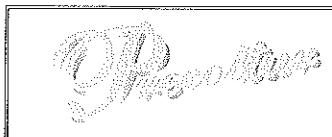




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 47.152

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
26 DÍA	06 MES	2025 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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)						
JARAMILLO MOLINA HARRESON ALEXIS			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	36 AÑOS	CC	1039450193
					Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR						
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 OSTEO muscular Y COLUMNA AUDIOMETRÍA VISIONETRÍA			✓ ✓ ✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA PSICOACTIVO	✓ ✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES HÁBITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES - TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO						
<p>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		Aspirante o Trabajador				
						
Firma: _____		Firma: _____				
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO		Nombre: JARAMILLO MOLINA HARRESON ALEXIS				
R. M.: 5065404		L.S.O.: S201706010407# F11711R47152 CC: 1039450193				
 Código de Seguridad						



CARTA DE RECOMENDACIONES DE SALUD

Versión: 01

Edición: 17/01/2024

MEDELLIN, 26 de junio de 2025

Empleado

HARRESON ALEXIS JARAMILLO MOLINA

ASUNTO: RECOMENDACIONES CONDICIONES DE SALUD

En el examen de ingreso realizado el día 26 de junio de 2025, se le hace las siguientes recomendaciones de salud.

Concepto: **CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL**

Recuerde tener en cuenta las siguientes recomendaciones dadas por el médico:

- ✓ EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO
- ✓ AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO
- ✓ HABITOS SALUDABLES
- ✓ DIETA BALANCEADA
- ✓ CONTROL DE PESO

Recuerde que para la empresa está como prioridad su bienestar físico, el autocuidado y el cuidado de su salud es primordial para el buen desempeño de sus funciones.

Es su deber atender las recomendaciones dadas, como lo establece el compromiso manifiesto en la implementación de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Cordialmente

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1039450193