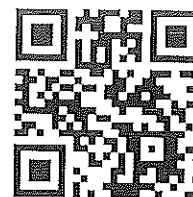




N° 45.486

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
30 DÍA	04 MES	2025 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)				
GARCIA GARCIA SEBASTIAN			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	31 AÑOS
			Documento de Identificación	CC
			Tipo	Número
				1020456012
CARGO CONDUCTOR				
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"/>	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	
AUDIOMETRÍA		<input checked="" type="checkbox"/>	PSICOACTIVO	
VISIOMETRÍA		<input checked="" type="checkbox"/>	-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR.		SVE VISUAL		HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEOMUSCULAR		HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICIÓN .				DIETA BALANCEADA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
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:			Firma:	
Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO			Nombre: GARCIA GARCIA SEBASTIAN	
R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660			Código de Seguridad D117J1P45486 CC: 1020456012	



Código de Seguridad

N117T57Z45486



N° 45486

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
30 DÍA	04 MES	2025 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)							
GARCIA GARCIA SEBASTIAN			Genero	Edad	Documento de Identificación		
Apellidos y Nombres			MASCULINO	31 AÑOS 6 MESES 6 DÍAS	CC	1020456012	
Cargo					Tipo	Número	
CONDUCTOR							
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO							
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES							
HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA							
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES							
SVE VISUAL, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR							
RECOMENDACIONES MÉDICAS							
USAR CORRECCIÓN VISUAL: DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR. , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: POR NUTRICION .							

Datos del Médico:

Profesional: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660

Especialidad:

Responsable del SG-SST:

Documento:

Nombre:

Fecha:

Recibido por el trabajador o aspirante

Documento: 1020456012

Nombre: Sebastian Garcia

Fecha: 30/04/2025