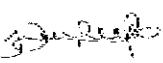
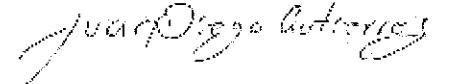




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 43.436

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | |
|--|-----------|-----------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------|
| 18 DÍA | 02 MES | 2025 AÑO | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | | |
| Ciudad | | | | | |
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | | | | | |
| 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) | | | | | |
| GUTIERREZ SALDARRIAGA JUAN DIEGO | | Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación |
| | | | MASCULINO | 26 AÑOS | CC 1037661338 |
| | | | | Tipo | Número |
| 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 COLUMN | | ✓ | PRUEBA PSICOSENSOMETRICA | | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | | ✓ | PSICOACTIVO | | ✓ |
| VISIONOMETRÍA | | ✓ | | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL: PERMANENTE PARA CONDUCIR | | SVE VISUAL | | HÁBITOS SALUDABLES | |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA | |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | | | HACER DEPORTE | |
| | | | | DIETA BALANCEADA | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | |
| PRUEBA DE 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: GIRALDO HOYOS JENIFER | | | Nombre: GUTIERREZ SALDARRIAGA JUAN DIEGO | | |
| R. M.: 1128437035 | | | L.S.O.: 2019060049430 | | |
| Código de Seguridad | | | O117U1A43436 CC: 1037661338 | | |

RECOMENDACIONES

Paciente: GUTIERREZ SALDARRIAGA JUAN DIEGO

Fecha: 18/02/2025

Identificación: CC: 1037661338

Fecha Nacimiento: 27/03/1998

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 26 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CARRERA 30 # 40 F SUR 64

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL: PERMANENTE PARA CONDUCIR, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

MÉDICO

Firma: _____

Nombre: GIRALDO HOYOS JENIFER

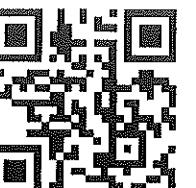
R.M. 1128437035 L.S.O 2019060049430

PACIENTE

Firma: _____

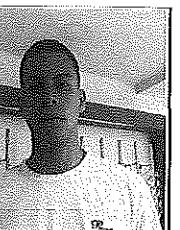
Nombre: GUTIERREZ SALDARRIAGA JUAN DIEGO

CC: 1037661338



Código de Seguridad

P117V57B43436



Nº 43436

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | |
|---|-----------|-------------|-----------------------------------|-----------------------------|------------|
| 18 DÍA | 02 MES | 2025 AÑO | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | | |
| 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) | | | | | |
| GUTIERREZ SALDARRIAGA JUAN DIEGO | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | MASCULINO | 26 AÑOS 10 MESES 24 DÍAS | CC | 1037661338 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número | |
| Cargo | | | | | |
| 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 | | | | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | | | | |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL: PERMANENTE PARA CONDUCIR, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | | | | |

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

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

Documento: 1037661338
Nombre: Juan Diego Gutierrez S.
Fecha: 18/02/2025

