



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43.992

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
07 DÍA	03 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)						
LONDOÑO GIRALDO JUAN DAVID			Genero	Edad	Documento de identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	34 AÑOS	CC	1042768837
					Tipo	Número
Carg CO: JCTOR						
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		<input checked="" type="checkbox"/>
AUDIOMETRÍA			<input checked="" type="checkbox"/>	PSICOACTIVO		<input checked="" type="checkbox"/>
VISIOMETRÍA			<input checked="" type="checkbox"/>	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE PARA CONDUCIR		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				DIETA BALANCEADA		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO						
OT 3 OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
- TOXICOS EN URINA NO REACTIVO						
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: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO R. M.: 5085404 L.S.O.: S201706010407!			 Código de Seguridad U117A1G43992  Firma: _____ Nombre: LONDOÑO GIRALDO JUAN DAVID CC: 1042768837			

RECOMENDACIONES

Paciente: LONDOÑO GIRALDO JUAN DAVID

Fecha: 07/03/2025

Identificación: CC: 1042768837

Fecha Nacimiento: 13/02/1991

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 34 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CLL 64 C CRA 124

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES MÉDICAS

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

MÉDICO

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

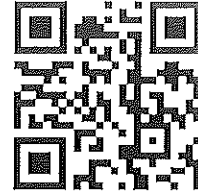
PACIENTE

Juan D I G.

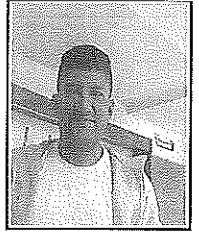
Firma: _____

Nombre: LONDOÑO GIRALDO JUAN DAVID

CC: 1042768837



Código de Seguridad
L117R57X43992



N° 43992

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
07 DÍA	03 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)							
LONDOÑO GIRALDO JUAN DAVID				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	34 AÑOS 0 MESES 22 DÍAS	CC	1042768837
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO							
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES							
HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA							
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES							
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL							
RECOMENDACIONES MÉDICAS							
USAR CORRECCIÓN VISUAL: USO 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

Raul Ospina

Prd onal: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO
R. M.: 5065404 L.S.O.: S2017060104075
Especialidad:

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

Juan D. Londono
Documento: 1042768837
Nombre: Juan D. Londono
Fecha: 07-03-2025

C

C