



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

N° 44.146

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
13 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)							
GIRALDO GIRALDO WILMER GONZALO				Genero		Edad	Documento de Identificación
				MASCULINO		37 AÑOS	CC
Apellidos y Nombres				Tipo		Número	
Cargos <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>							
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 : USO PERMANENTE PARA CONDUCIR			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO						CONTROL DE PESO	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO						DIETA BALANCEADA	
<b>OT 3 OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
- TOXICOS EN ORINA 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: <i>Raul Ospina</i>				Firma: <i>Wilmer Gonzalez</i>			
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO				Nombre: GIRALDO GIRALDO WILMER GONZALO			
R. M.: 5065404				CC: 1127940150			
L.S.O.: S201706010407				Código de Seguridad: M117S1Y44146			

## RECOMENDACIONES

Paciente: GIRALDO GIRALDO WILMER GONZALO

Fecha: 13/03/2025

Identificación: CC: 1127940150

Fecha Nacimiento: 28/10/1987

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 37 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CLL 81 A # 39-24

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

### RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, 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

*Raúl Ospina*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

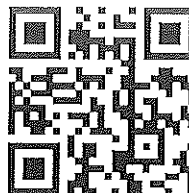
## PACIENTE

*Wilmer Giraldo*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: GIRALDO GIRALDO WILMER GONZALO

CC: 1127940150



Código de Seguridad

V117B57H44146

N° 44146

**RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
13 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)									
GIRALDO GIRALDO WILMER GONZALO				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				MASCULINO		37 AÑOS 4 MESES 15 DÍAS		CC	
Apellidos y Nombres						Tipo		Número	
Cargo CONDUCTOR									
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO									
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES									
HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, 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

*Raúl Ospina*  
 Profesional: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO  
 R. M.: 5065404 L.S.O.: S2017060104075  
 Especialidad:

Documento: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

*Wilmer G.*  
 Documento: 1177-940 150  
 Nombre: WILMER GONZALO  
 Fecha: 13-03-2025

C

C