



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 48.254

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
04 DÍA	08 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)							
FLOREZ ECHEVERRI WENDY YULANY				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	31 AÑOS	CC	1214719429
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos							
ASISTENTE COMERCIAL							
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				GLICEMIA			
VISIOMETRÍA				PSICOACTIVO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			SVE OSTEOMUSCULAR			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-GLUCOMETRIA : NORMAL , PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA : NO REACTIVA							
<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: _____ Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660				 Código de Seguridad T117Z1F48254 Firma: _____ Nombre: FLOREZ ECHEVERRI WENDY YULANY CC: 1214719429			

RECOMENDACIONES

Paciente: FLOREZ ECHEVERRI WENDY YULANY

Fecha: 04/08/2025

Identificación: CC: 1214719429

Fecha Nacimiento: 14/08/1993

Cargo: ASESORA COMERCIAL

Edad: 31 AÑOS

Género: FEMENINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CLL 63 B CRA 55 57

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CONTINUAR MANEJO MÉDICO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

MÉDICO

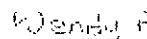


Firma: _____

Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

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

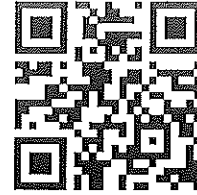
PACIENTE



Firma: _____

Nombre: FLOREZ ECHEVERRI WENDY YULANY

CC: 1214719429



Código de Seguridad

0117U57A48254



N° 48254

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
04 DÍA	08 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA 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)							
FLOREZ ECHEVERRI WENDY YULANY				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	31 AÑOS 11 MESES 20 DÍAS	CC	1214719429
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Carg. ASESORA COMERCIAL							
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO							
RECOMENDACIONES MÉDICAS							
CONTINUAR MANEJO MÉDICO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO							
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES							
HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA							
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES							
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR							

Datos del Médico:

Profesional: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

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

Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL

Responsable del SG-SST:

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

Recibido por el trabajador o aspirante

Wendy Flores

Documento: 1214719429

Nombre: Wendy Yulany Flores E

Fecha: 4-08-25

C

C