

N° 48.254

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**
**FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN**

04	08	2025	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Ciudad			

**TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL**
**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)

**FLOREZ ECHEVERRI WENDY YULANY**

Genero	Edad	Documento de Identificación	
FEMENINO	31 AÑOS	CC	1214719429
		Tipo	Número

Apellidos y Nombres

Cargo

**ASISTENCIA 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 COLUMNAS VISSIMETRÍA	<input checked="" type="checkbox"/> GLICEMIA <input checked="" type="checkbox"/> PSICOACTIVO	<input checked="" type="checkbox"/>
--	---	-------------------------------------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE OSTEOMUSCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AÉROBICA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

-GLICEMIA : NORMAL , PRUEBA DE TÓXICOS 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.

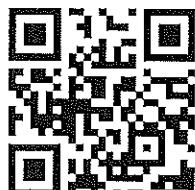
**Médico**


Firma:

Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

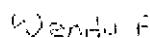
R. M.: 5-1216-10

L.S.O.: 2017060104660



Código de Seguridad

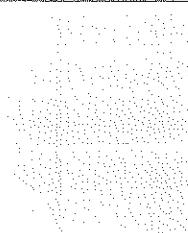
T117Z1F48254

**Aspirante o Trabajador**


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

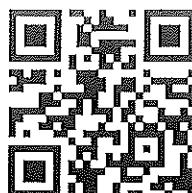
### PACIENTE

*Wendy F.*

Firma:

Nombre: FLOREZ ECHEVERRI WENDY YULANY

CC: 1214719429



Código de Seguridad

0117U57A48254



Nº 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 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)							
FLOREZ ECHEVERRI WENDY YULANY				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	31 AÑOS 11 MESES 20 DÍAS	CC	1214719429
Carg.						Tipo	Número
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:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante



Profesional: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

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

Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL

Documento:

Nombre:

Fecha:

Wendy Florez

Documento: 1214719429

Nombre: Wendy Yulany Florez

Fecha: 4-08-93

C

C