

N° 54.684

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
10 DÍA	02 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		
			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
PRECOLTUR SAS			PRECOLTUR SAS		
CIU (Actividad Económica) del empleador:					
SIN REGISTRAR					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
Apellidos y Nombres		Género	Edad	Documento de Identificación	
GUTIERREZ OSORIO STEFANIA		FEMENINO	30 AÑOS 9 MESES 9 DÍAS	CC	1214729010
Carga				Tipo	Número
ANALISTA CONTABLE					
EPS		AFP		ARL	
NO REFIERE		NO REFIERE		NO REFIERE	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)					
Observaciones: NO APLICA					
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
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		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR.		SVE VISUAL		HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
GLUCOMETRIA : NORMAL , PRUEBA DE TOXICOS 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.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
Firma: _____			Firma: _____		
Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO			Nombre: GUTIERREZ OSORIO STEFANIA		
R. M.: 5-1216-10			CC: 1214729010		
L.S.O.: 2017060104660			Código de Seguridad		
			E117K1Q54684		

RECOMENDACIONES

Paciente: GUTIERREZ OSORIO STEFANIA

Fecha: 10/02/2026

Identificación: CC: 1214729010

Fecha Nacimiento: 03/05/1995

Cargo: ANALISTA CONTABLE

Edad: 30 AÑOS 9 MESES 9 DÍAS

Género: FEMENINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CRA 46 94 87

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: DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR. , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO,
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

MÉDICO

Firma: _____

Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

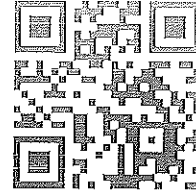
R.M. 5-1216-10 L.S.O 2017060104660

PACIENTE

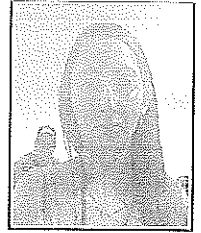
Firma: _____

Nombre: GUTIERREZ OSORIO STEFANIA

CC: 1214729010



Código de Seguridad
T117Z57F54684



N° 54684

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
10 DÍA	02 MES	2026 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)									
GUTIERREZ OSORIO STEFANIA				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				FEMENINO		30 AÑOS 9 MESES 9 DÍAS		CC	
Apellidos y Nombres						Tipo		Número	
Cargos				ANALISTA CONTABLE					
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: DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR, , 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: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO
R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660
Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

Documento: 1214729010
Nombre: STEFANIA GUTIERREZ O.
Fecha: 10/02/2026

MEDELLIN, 10 de febrero de 2026

Empleado
STEFANIA GUTIERREZ OSORIO

ASUNTO: RECOMENDACIONES CONDICIONES DE SALUD

En el examen de ingreso realizado el día 10 de febrero de 2026, se le hace las siguientes recomendaciones de salud.

Concepto: **CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL**

Recuerde tener en cuenta las siguientes recomendaciones dadas por el médico:

- ✓ EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO
- ✓ AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO
- ✓ USAR CORRECCIÓN VISUAL DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR
- ✓ HABITOS SALUDABLES
- ✓ DIETA BALANCEADA
- ✓ ACTIVIDAD FISICA AEROBICA
- ✓ HACER DEPORTE

Recuerde que para la empresa está como prioridad su bienestar físico, el autocuidado y el cuidado de su salud es primordial para el buen desempeño de sus funciones.

Es su deber atender las recomendaciones dadas, como lo establece el compromiso manifiesto en la implementación de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Cordialmente,



FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1 214 729 010

