



Nº 50.697

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
16 DÍA 10 MES 2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		
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, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)			
VASQUEZ RAMIREZ EDWIN ALEJANDRO		Genero	Edad
Apellidos y Nombres		MASCULINO	28 AÑOS
		CC	1216722444
		Tipo	Número
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL			
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)			
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		✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA
AUDIOMETRÍA		✓	PSICOACTIVO
VISIONETRÍA		✓	-----
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEOMUSCULAR	
Pr		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		HABITOS SALUDABLES	
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
		HACER DEPORTE	
		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES			
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 mi 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: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660		 Firma: _____ Nombre: VASQUEZ RAMIREZ EDWIN ALEJANDRO cc: 1216722444	
 Código de Seguridad: K117Q1W50697			