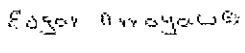

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 50.743

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17 DÍA	10 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)							
ARROYAVE CORREA EDGAR HUMBERTO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	46 AÑOS	CC	15339788
						Tipo	Número
Car CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)							
Observaciones: NO APLICA				N/A			
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				RECOMENDACIONES			
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 COLUMNIA AUDIOMETRÍA VISIONOMETRÍA				✓ ✓ ✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA PSICOACTIVO	✓ ✓ -----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL SVE OSTEOMUSCULAR			HABITOS SALUDABLES ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
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				Aspirante o Trabajador			
 Firma:				 Firma:			
Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO				Nombre: ARROYAVE CORREA EDGAR HUMBERTO			
R. M.: 5-1216-10		L.S.O.: 2017060104660		Código de Seguridad		CC: 15339788	
				W117C1150743			

RECOMENDACIONES

Paciente: ARROYAVE CORREA EDGAR HUMBERTO

Fecha: 17/10/2025

Identificación: CC: 15339788

Fecha Nacimiento: 28/02/1979

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 46 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: SAN CRISTOBAL

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

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

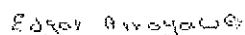


Firma:

Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

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

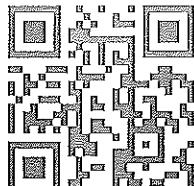
PACIENTE



Firma:

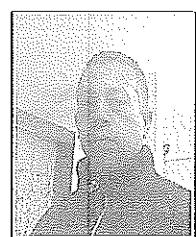
Nombre: ARROYAVE CORREA EDGAR HUMBERTO

CC: 15339788



Código de Seguridad

Y117E57K50743



N° 50743

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

17 DÍA 10 MES 2025 AÑO 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, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

ARROYAVE CORREA EDGAR HUMBERTO

Genero	Edad	Documento de Identificación
MASCULINO	46 AÑOS 7 MESES 18 DÍAS	CC 15339788
		Tipo Número

Apellidos y Nombres

Cargo

CONDUCTOR

TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO

RECOMENDACIONES MÉDICAS

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



Pro(nal: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

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

Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL

Documento:

Nombre:

Fecha:

Documento: 15339788

Nombre: Edgar Arroyave

Fecha: 17-10-2021

