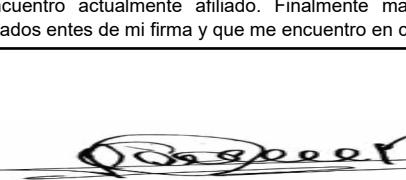
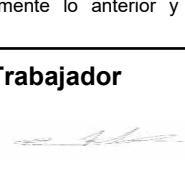




Nº 51.892

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
19 DÍA	11 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO	
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
Nombre de la empresa				Empresa en misión	
PRECOLTUR SAS				PRECOLTUR SAS	
CIIU (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
FERNANDEZ MORALES JESUS ENRIQUE			MASCULINO	37 AÑOS 0 MESES 3 DÍAS	CC 4882148 Tipo Número
Cargo CONDUCTOR					
EPS NO SABE		AFP NO SABES		ARL NO REFIERE	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA					
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 OSTEO muscular Y COLUMNA			✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA ✓	
AUDIOMETRÍA			✓	PSICOACTIVO ✓	
VISIOMETRÍA			✓	-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEO muscular			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 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: FERNANDEZ MORALES JESUS ENRIQUE		
R. M.: 5-1216-10			CC: 4882148		
L.S.O.: 2017060104660			Código de Seguridad R117X1D51892		

RECOMENDACIONES**Paciente:** FERNANDEZ MORALES JESUS ENRIQUE**Fecha:** 19/11/2025**Identificación:** CC: 4882148**Fecha Nacimiento:** 15/11/1988**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 37 AÑOS 0 MESES 3 DÍAS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE**Dirección:** CRA 43 B 30 CC 22**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:** FERNANDEZ MORALES JESUS ENRIQUE**CC:** 4882148