

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 47.427

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

07 DÍA	07 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO
-----------	-----------	-------------	--	--

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)

GUEVARA ANGEL JUAN FERNANDO

Genero	Edad	Documento de Identificación
MASCULINO	44 AÑOS	CC 71375881
		Tipo Número

Apellidos y Nombres

CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL

Observaciones: NO APLICA

PARA LA LABOR ASIGNADA

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

N/A

RESTRICIONES LABORALES

NO APLICA

TIPO

NO APLICA

RECOMENDACIONES

NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEO muscular Y
COLUMNIA
AUDIOMETRÍA
VISIONETRÍA

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA



PSICOACTIVO





RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL : DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR.

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE VISUAL

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

SVE OSTEO muscular

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 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.

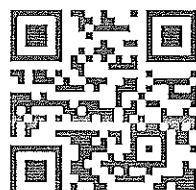
Médico



Firma:

Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R. M.: 5-1216-10



Código de Seguridad

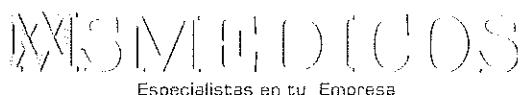
R117X1D47427

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GUEVARA ANGEL JUAN FERNANDO

CC: 71375881



NIT: 9011154336-9

Cel: 301 251 9764

Carrera 64a No 78-581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masimedellin.com

RECOMENDACIONES

Paciente: GUEVARA ANGEL JUAN FERNANDO

Fecha: 07/07/2025

Identificación: CC: 71375881

Fecha Nacimiento: 06/06/1981

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 44 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CALLE 48 DD # 94 40 APT 301

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, SVE OSTEOMUSCULAR

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: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

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

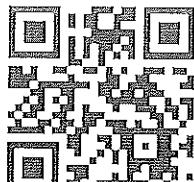
PACIENTE

Handwritten signature of the patient, Guevara Angel Juan Fernando.

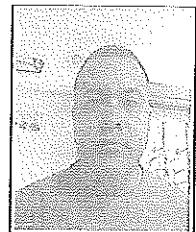
Firma:

Nombre: GUEVARA ANGEL JUAN FERNANDO

CC: 71375881



Código de Seguridad



D117J57P47427

Nº 47427

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

07 DÍA	07 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Ciudad			

TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

GUEVARA ANGEL JUAN FERNANDO

Genero

MASCULINO

Edad

44 AÑOS 1 MESES
0 DÍAS

Documento de Identificación

CC

71375881

Tipo

Número

Apellidos y Nombres

Cargo

CONDUCTOR

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, SVE OSTEO muscular

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: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

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

Especialidad:

Helena Valenzuela López

Documento: 21478435

Nombre:

Fecha: 01/07/2025

Documento: 71375881

Nombre: JOAN FDO GUEVARA ANGEL

Fecha: 01/07/2025

C

C