

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 47.427

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
07 DÍA	07 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
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)							
GUEVARA ANGEL JUAN FERNANDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	44 AÑOS	CC	71375881
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Calificación: <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
<b>CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL</b>							
Observaciones: <b>NO APLICA PARA LA LABOR ASIGNADA</b>							
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			
VISIOMETRÍA							
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		SVE OSTEOMUSCULAR		HACER DEPORTE			
				DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA : NO REACTIVA							
<p>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.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660				 Código de Seguridad: R117X1D47427 Firma: _____ Nombre: GUEVARA ANGEL JUAN FERNANDO CC: 71375881			

## 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

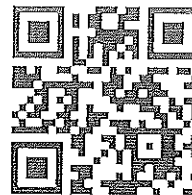
R.M. 5-1216-10 L.S.O. 2017060104660

## PACIENTE

Firma: 

Nombre: GUEVARA ANGEL JUAN FERNANDO

CC: 71375881



Código de Seguridad

D117J57P47427



N° 47427


## RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

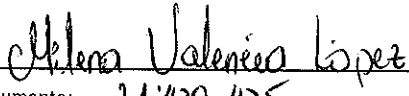
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
07 DÍA	07 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PRECOLTUR SAS				PRECOLTUR 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)							
GUEVARA ANGEL JUAN FERNANDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	44 AÑOS 1 MESES 0 DÍAS	CC	71375881
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
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 OSTEOMUSCULAR							
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:

  
Documento: 21428435  
Nombre:  
Fecha: 07/07/2025

Documento: 71375881  
Nombre: JOAN PDO GUEVARA ANGEL  
Fecha: 7 JULIO 2025

