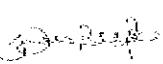
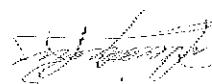
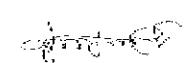


Nº 48.034

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
29 DÍA	07 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, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
RAMIREZ CARDENAS DIOGENES		Genero	Edad	Documento de Identificación
		MASCULINO	57 AÑOS	CC 79461490
Apellidos y Nombres			Tipo	Número
<b>CONDUTOR</b>				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
<b>SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL</b>				
Observaciones: NO APLICA PARA LA LABOR ASIGNADA				
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 COLUMN AUDIOMETRÍA VISSIMETRÍA		<input checked="" type="checkbox"/> PRUEBA PSICOSENSOMETRICA <input checked="" type="checkbox"/> PSICOACTIVO <input checked="" type="checkbox"/>		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE AUDITIVO PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA	
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>				
- PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO. -EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 85 DB POR MAS DE 8 HORAS , EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES O AUDÍFONOS , EVITAR EXPOSICIÓN A MÚSICA A ALTO VOLUMEN . MANEJAR CON VIDRIOS CERRADOS .				
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.				
<b>Médico</b>		<b>Aspirante o Trabajador</b>		
  Firma: Nombre: CC: 1128437035 - JENIFER GIRALDO R. M.: 1128437035 L.S.O.: 2019060049430 Código de Seguridad: I117Q1J48034		 Firma: Nombre: RAMIREZ CARDENAS DIOGENES CC: 79461490		

Firma:   
Firma: 

## PACIENTE

### MÉDICO

Dirección: CLL 88 A 67 22  
Ciudad: MEDELLIN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

Dirección: CLL 88 A 67 22  
Ciudad: MEDELLIN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

Estate Civil: UNION LIBRE

Estate Civil: UNION LIBRE

Edad: 57 AÑOS

Edad: 57 AÑOS

Fecha Nacimiento: 06/05/1968

Fecha Nacimiento: 06/05/1968

Cargo: CONDUCTOR

Cargo: CONDUCTOR

Identificación: CC: 79461490

Identificación: CC: 79461490

Fecha: 29/07/2025

Fecha: 29/07/2025

Paciente: RAMIREZ CARDENAS DIOGENES

Paciente: RAMIREZ CARDENAS DIOGENES

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

GERENCIAMIENTO MEDICO  
Carrera 64a No 78-581 Barrio Caribe - Medellin

GERENCIAMIENTO MEDICO  
Carrera 64a No 78-581 Barrio Caribe - Medellin

NIT: 901154336-9

NIT: 901154336-9

cel. 301 251 9764

cel. 301 251 9764

Especialistas en tu Empresa

Especialistas en tu Empresa

www.bjofill.com

www.bjofill.com

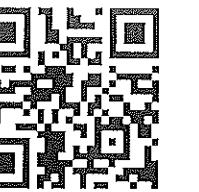
Software para el sector salud - www.bjofill.com.co

Software para el sector salud - www.bjofill.com.co

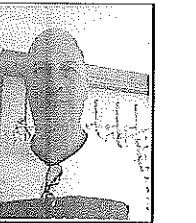


NIT: 901154336-9  
Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78-531 Barrio Caribe - Medellín  
gerenciamasmedicos@masmadellin.com



Código de Seguridad



M117S57Y48034

Nº 48034

## RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
29 DÍA	07 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)						
RAMIREZ CARDENAS DIOGENES		Genero	Edad	Documento de Identificación		
		MASCULINO	57 AÑOS 2 MESES 22 DÍAS	CC	79461490	
Apellidos y Nombres				Tipo	Número	
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						
SVE AUDITIVO, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL						

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Especialista: CC: 1128437035 - JENIFER GIRALDO  
R. M.: 1128437035 L.S.O.: 2019060049430  
Especialidad: MEDICO GENERAL

Documento: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

Documento: 79461490  
Nombre: Diogenes Ramirez  
Fecha: 29/07/25

