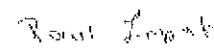
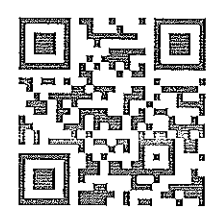



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 47.432

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
07 DÍA	07 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO							
			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)											
QUIROS VALDES GUSTAVO ALONSO				Genero		Edad		Documento de Identificación			
				MASCULINO		57 AÑOS		CC		98542655	
Apellidos y Nombres				Tipo		Número					
Car: CONDUCTOR											
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL											
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)											
Observaciones: <i>NO APLICA</i>											
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				HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL				HABITOS SALUDABLES			
								CONTROL DE PESO			
								DIETA BALANCEADA			
OTROS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES											
- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO											
- PRESENTA ALTERACIÓN EN LA AGUDEZA VISUAL NO CORREGIDA, POR LO CUAL, DEBE SOLICITAR CITA CON OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA SU EVALUACIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL											
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: _____ Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO R. M.: 5065404 L.S.O.: S201706010407					 Código de Seguridad: 0117U1A47432 Firma:  Nombre: QUIROS VALDES GUSTAVO ALONSO CC: 98542655						

RECOMENDACIONES

Paciente: QUIROS VALDES GUSTAVO ALONSO

Fecha: 07/07/2025

Identificación: CC: 98542655

Fecha Nacimiento: 27/12/1967

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 57 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: NO SABE

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

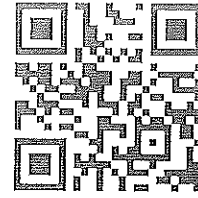
R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

PACIENTE

Firma: *Gustavo Alonso Quiros Valdes*

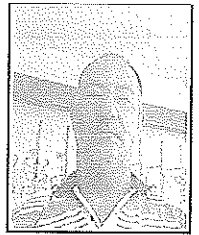
Nombre: QUIROS VALDES GUSTAVO ALONSO

CC: 98542655



Código de Seguridad

Q117W57G47432



N° 47432

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
07	07	2025	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	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)							
QUIROS VALDES GUSTAVO ALONSO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	57 AÑOS 6 MESES 10 DÍAS	CC	98542655
						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO							
RECOMENDACIONES MÉDICAS							
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO							
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES							
HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA							
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES							
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL							

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Raul Ospina

Profesional: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO
R. 3065404 L.S.O.: S2017060104075
Especialidad:

Documento:
Nombre:
Fecha:

Documento: 98542.655
Nombre: Gustavo A Quiros U.
Fecha: 07-07-2025

