



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 47.425

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)					
GARCIA JARAMILLO WILVER ADRIAN			Genero	Edad	Documento de Identificación
			MASCULINO	40 AÑOS	CC 98713265
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Ca 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
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	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEOMUSCULAR		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
GLUCOME PRUEBA DE TÓXICOS 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			Aspirante o Trabajador		
<div><div>Firma:</div><div></div><div>Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO</div><div>R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660</div></div>			<div><div>Firma:</div><div></div><div>Nombre: GARCIA JARAMILLO WILVER ADRIAN</div><div>CC: 98713265</div></div>		
<div><div></div><div>Código de Seguridad</div><div>L117R1X47425</div></div>					

RECOMENDACIONES

Paciente: GARCIA JARAMILLO WILVER ADRIAN

Fecha: 07/07/2025

Identificación: CC: 98713265

Fecha Nacimiento: 03/03/1985

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 40 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: DIAGO 64 # 48C -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: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

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

PACIENTE

Firma: 

Nombre: GARCIA JARAMILLO WILVER ADRIAN

CC: 98713265

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 PERIODICO			
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)							
		GARCIA JARAMILLO WILVER ADRIAN		Genero	Edad	Documento de Identificación	
		Apellidos y Nombres		MASCULINO	40 AÑOS 4 MESES 4 DÍAS	CC	98713265
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		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR					

Datos del Médico:

Pr: Ocampo Villa John Jairo

R. M.: 5-1216-10

L.S.O.: 2017060104660

Especialidad:

Responsable del SG-SST:

Documento:

Nombre:

Fecha:

Recibido por el trabajador o aspirante

Documento: 98713265

Nombre:

Fecha: 07-07-25

Impreso el 07/07/2025 a las 12:30 p.m.

Página 1 de 1

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

