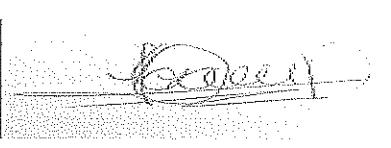
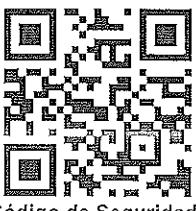


## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

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 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)								
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								
<b>CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE 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 COLUMNNA		PRUEBA PSICOSENSOMETRICA						
AUDIOMETRÍA		PSICOACTIVO						
VISIONOMETRÍA		-----						
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 verificables. 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:								
 Código de Seguridad		Firma: Nombre: GARCIA JARAMILLO WILVER ADRIAN						
Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO		Nombre: GARCIA JARAMILLO WILVER ADRIAN						
R. M.: 5-1216-10		L.S.O.: 2017060104660						
L.117R1X47425		CC: 98713265						



Telf: +901 154336-9  
Cel: 301 251 9764

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

## 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 JAIR

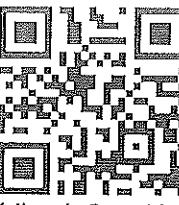
R.M. 5-1216-10 L.S.O 2017060104660

### PACIENTE

Firma:

Nombre: GARCIA JARAMILLO WILVER ADRIAN

CC: 98713265



Código de Seguridad

Nº 47425

H17057U47425

## 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)		
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)					
GARCIA JARAMILLO WILVER ADRIAN		Genero	Edad	Documento de Identificación	
		MASCULINO	40 AÑOS 4 MESES 4 DÍAS	CC	98713265
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					
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEO muscular					

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante



Primer apellido: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO  
R.M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660

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

*Wilver Adrián G.*  
Documento: 98713265  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: 0707-25

