

N° 54,684

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
10 DÍA	02 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
PRECOLTUR SAS				PRECOLTUR SAS			
CIU (Actividad Económica) del empleador:							
SIN REGISTRAR							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
Apellidos y Nombres				Género	Edad	Documento de Identificación	
GUTIERREZ OSORIO STEFANIA				FEMENINO	30 AÑOS 9 MESES 9 DÍAS	CC	1214729010
Carga				Tipo		Número	
AN STA CONTABLE							
EPS		AFP		ARL			
NO REFIERE		NO REFIERE		NO REFIERE			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
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				GLICEMIA			
VISIOMETRÍA				PSICOACTIVO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
USAR CORRECCIÓN VISUAL : DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR. EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE VISUAL PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA			
OTROS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
GLUCOMETRIA : NORMAL , PRUEBA DE TOXICOS 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.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660				 Código de Seguridad E117K1Q54684 Firma: _____ Nombre: GUTIERREZ OSORIO STEFANIA CC: 1214729010			

RECOMENDACIONES

Paciente: GUTIERREZ OSORIO STEFANIA

Fecha: 10/02/2026

Identificación: CC: 1214729010

Fecha Nacimiento: 03/05/1995

Cargo: ANALISTA CONTABLE

Edad: 30 AÑOS 9 MESES 9 DÍAS

Género: FEMENINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CRA 46 94 87

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

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: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

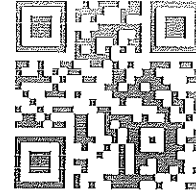
R.M. 5-1216-10 L.S.O 2017060104660

PACIENTE

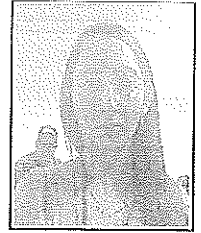
Firma: _____

Nombre: GUTIERREZ OSORIO STEFANIA

CC: 1214729010



Código de Seguridad
T117Z57F54684



N° 54684

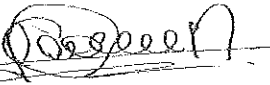
RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
10 DÍA	02 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	
			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)				
GUTIERREZ OSORIO STEFANIA			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			FEMENINO	30 AÑOS 9 MESES 9 DÍAS
			Documento de Identificación	
			CC	1214729010
			Tipo	Número
Cargo ANALISTA CONTABLE				
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				
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: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO
 R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660
 Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL

Documento: _____
 Nombre: _____
 Fecha: _____

Documento: 1214729010
 Nombre: STEFANIA GUTIERREZ O.
 Fecha: 10/02/2026

C

C

MEDELLIN, 10 de febrero de 2026

Empleado
STEFANIA GUTIERREZ OSORIO

ASUNTO: RECOMENDACIONES CONDICIONES DE SALUD

En el examen de ingreso realizado el día 10 de febrero de 2026, se le hace las siguientes recomendaciones de salud.

Concepto: **CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL**

Recuerde tener en cuenta las siguientes recomendaciones dadas por el médico:

- ✓ EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO
- ✓ AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO
- ✓ USAR CORRECCIÓN VISUAL DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR
- ✓ HABITOS SALUDABLES
- ✓ DIETA BALANCEADA
- ✓ ACTIVIDAD FISICA AEROBICA
- ✓ HACER DEPORTE

Recuerde que para la empresa está como prioridad su bienestar físico, el autocuidado y el cuidado de su salud es primordial para el buen desempeño de sus funciones.

Es su deber atender las recomendaciones dadas, como lo establece el compromiso manifiesto en la implementación de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Cordialmente,



FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 1 214 729 010

(

(