



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

N° 41.999

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
07	01	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)							
AMARILES GOMEZ CLAUDIA MARCELA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	42 AÑOS	CC	43257927
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Categoría: <b>ASLADOR COMERCIAL</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)</b>							
Observaciones: <b>NO APLICA</b>							
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				<input checked="" type="checkbox"/>	GLICEMIA		<input checked="" type="checkbox"/>
VISIOMETRÍA				<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			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- GLUCOMETRIA NORMAL, TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO							
<p>Con el 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 verdaderas. 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.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: <u>Raúl Ospina</u> Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO R. M.: 5065404      L.S.O.: S201706010407				Firma: <u>Claudia Amariles Gomez</u> Nombre: AMARILES GOMEZ CLAUDIA MARCELA cc: 43257927			
				 Código de Seguridad <b>M117S1Y41999</b>			

## RECOMENDACIONES

Paciente: AMARILES GOMEZ CLAUDIA MARCELA

Fecha: 07/01/2025

Identificación: CC: 43257927

Fecha Nacimiento: 23/05/1982

Cargo: ASESOR COMERCIAL

Edad: 42 AÑOS

Género: FEMENINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CRA 33 B # 36 B 41

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, 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

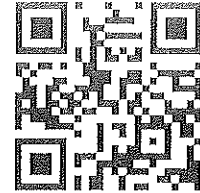
## PACIENTE

*Claudia Amariles*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: AMARILES GOMEZ CLAUDIA MARCELA

CC: 43257927



Código de Seguridad  
1117057U41999



N° 41999

**RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
07 DÍA	01 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)							
AMARILES GOMEZ CLAUDIA MARCELA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	42 AÑOS 7 MESES 16 DÍAS	CC	43257927
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Categoría: <b>ASESOR COMERCIAL</b>							
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO							
<b>RECOMENDACIONES MÉDICAS</b>							
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO							
<b>RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES</b>							
HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA							
<b>RECOMENDACIONES OCUPACIONALES</b>							
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: *Claudia Valencia Lopez*  
Nombre: *Claudia Valencia Lopez*  
Fecha: *08/01/2025*

Documento: *43257927*  
Nombre: *Claudia Amariles*  
Fecha: *8 Enero 2025*