



N° 55.319

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
27 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			PRECOLTURS SAS		
CIIU (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	
MOYA ANGULO MANUEL FRANCISCO		MASCULINO	34 AÑOS 6 MESES 21 DÍAS	CC	1003357661
Carga				Tipo	Número
AUXILIAR LOGISTICO					
EPS		AFP		ARL	
MUTUAL SER		COLPENSIONES		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		VISIOMETRÍA			
AUDIOMETRÍA		PSICOACTIVO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICION .				HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
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.					

Médico

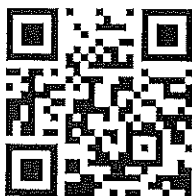
Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

R. M.: 5-1216-10

L.S.O.: 2017080104660



Código de Seguridad

V117B1H55319

Firma:

Nombre: MOYA ANGULO MANUEL FRANCISCO

CC: 1003357661

RECOMENDACIONES

Paciente: MOYA ANGULO MANUEL FRANCISCO

Fecha: 27/02/2026

Identificación: CC: 1003357661

Fecha Nacimiento: 07/08/1991

Cargo: AUXILIAR LOGISTICO

Edad: 34 AÑOS 6 MESES 21 DÍAS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CRA 57 # 52 14

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: POR NUTRICION .

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Firma: _____

Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

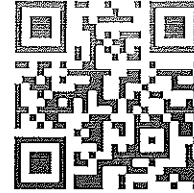
R.M. 5-1216-10 L.S.O 2017060104660

PACIENTE

Firma: _____

Nombre: MOYA ANGULO MANUEL FRANCISCO

CC: 1003357661



Código de Seguridad
G117M57S55319



N° 55319

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
27 DÍA	02 MES	2026 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)					
MOYA ANGULO MANUEL FRANCISCO			Genero	Edad	Documento de Identificación
			MASCULINO	34 AÑOS 6 MESES 21 DÍAS	CC Número 1003357661
Apellidos y Nombres			Tipo	Número	
Cargo AUXILIAR LOGISTICO					
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO					
RECOMENDACIONES MÉDICAS					
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: POR NUTRICION .					
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES					
HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA					
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES					
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					

Datos del Médico:

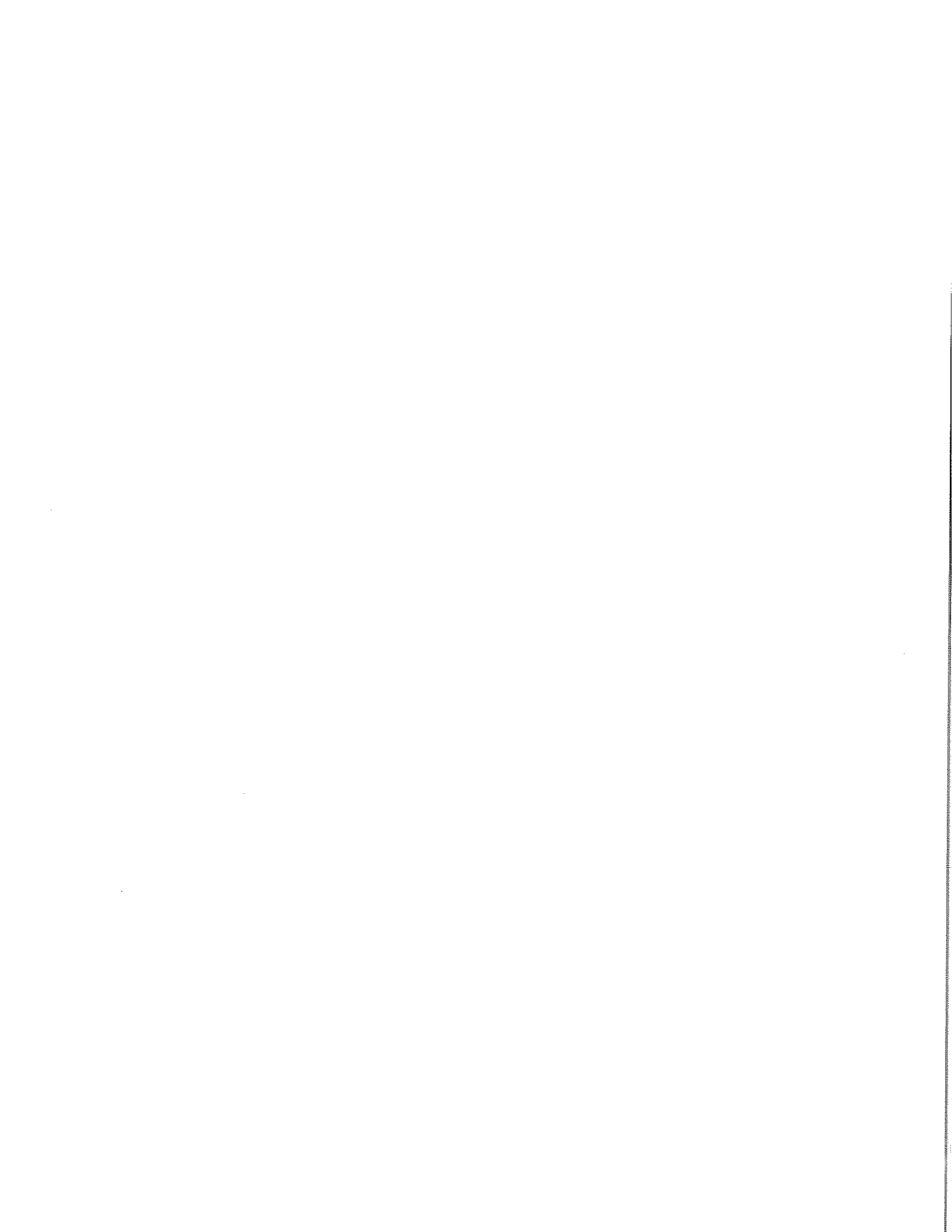
Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Profesional: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO
R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017080104660
Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

Documento: 1003357661
Nombre: Manuel Moya
Fecha: 27-02-2026



	CARTA DE RECOMENDACIONES DE SALUD	Versión: 01
		Edición: 17/01/2024

MEDELLIN, 27 de febrero de 2026

Empleado

MANUEL FRANCISCO MOYA ANGULO

ASUNTO: RECOMENDACIONES CONDICIONES DE SALUD

En el examen de ingreso realizado el día 27 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
- ✓ VALORACIÓN POR EPS: NUTRICIÓN
- ✓ HABITOS SALUDABLES
- ✓ ACTIVIDAD FISICA AEROBICA
- ✓ DIETA BALANCEADA
- ✓ CONTROL DE PESO

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,

Manuel Moya

FIRMA DEL TRABAJADOR

CC 1003357661

