



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

N° 44.428

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
21 DÍA	03 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)							
ESCOBAR PUERTA JOHAN DARIO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	33 AÑOS	CC	1017191956
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Car ( ) <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
<b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>							
Observaciones: NO APLICA							
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	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : ASISTIR A OPTOMETRIA PARA CORRECCION VISUAL							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-P. BA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA							
-ASISTIR A OPTOMETRIA PARA CORRECCION VISUAL							
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			
 Firma: _____ Nombre: CRUZ TOBON ANA MARIA R. M.: CMC217-18888 L.S.O.: 2022060356577				 Firma: _____ Nombre: ESCOBAR PUERTA JOHAN DARIO CC: 1017191956			
 Código de Seguridad V117B1H44428							

## RECOMENDACIONES

Paciente: ESCOBAR PUERTA JOHAN DARIO

Fecha: 21/03/2025

Identificación: CC: 1017191956

Fecha Nacimiento: 03/06/1991

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 33 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CRA 99 # 48 A 14

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

### RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: ASISTIR A OPTOMETRIA PARA CORRECCION VISUAL

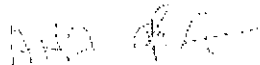
### RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

### MÉDICO



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

Nombre: CRUZ TOBON ANA MARIA

R.M. CMC217-18888 L.S.O 2022060356577

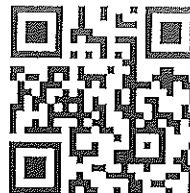
### PACIENTE



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

Nombre: ESCOBAR PUERTA JOHAN DARIO

CC: 1017191956



Código de Seguridad

P117V57B44428



N° 44428

## RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
21 DÍA	03 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	
			Ciudad	
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				
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, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
ESCOBAR PUERTA JOHAN DARIO			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	33 AÑOS 9 MESES 17 DÍAS
			CC	1017191956
			Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR				
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO				
RECOMENDACIONES MÉDICAS				
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: ASISTIR A OPTOMETRIA PARA CORRECCION VISUAL				
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES				
HÁBITOS SALUDABLES				
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL				

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Pr: CRUZ TOBON ANA MARIA  
R. M.: CMC217-18888 L.S.O.: 2022060356577  
Especialidad:

Documento:  
Nombre:  
Fecha:

Documento: 1017191956  
Nombre: Johan Escobar  
Fecha: 25-03-2025

C

C