



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 48.549

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
13 DÍA	08 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)							
SOTO FLOREZ JOSE ADRIAN				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	26 AÑOS	CC	1020493175
						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
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	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR.			SVE VISUAL			HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			SVE OSTEOMUSCULAR			HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
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. 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: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660				 Código de Seguridad R117X1D48549 Firma: _____ Nombre: SOTO FLOREZ JOSE ADRIAN CC: 1020493175			

RECOMENDACIONES

Paciente: SOTO FLOREZ JOSE ADRIAN

Fecha: 13/08/2025

Identificación: CC: 1020493175

Fecha Nacimiento: 20/10/1998

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 26 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: DG 68 # 39 B 55

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL: DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR, SVE VISUAL

MÉDICO



Firma: _____

Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

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

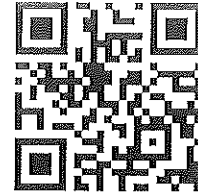
PACIENTE

Jose A.

Firma: _____

Nombre: SOTO FLOREZ JOSE ADRIAN

CC: 1020493175



Código de Seguridad

M117S57Y48549



N° 48549

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
13 DÍA	08 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)							
SOTO FLOREZ JOSE ADRIAN				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	26 AÑOS 9 MESES 23 DÍAS	CC	1020493175
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO							
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES							
ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, HáBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE							
RECOMENDACIONES MÉDICAS							
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL: DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR.							
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES							
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR, SVE VISUAL							

Datos del Médico:

Profesional: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO
R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660
Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL

Responsable del SG-SST:

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

Recibido por el trabajador o aspirante

Documento: 1020493175
Nombre: JOSE A SOTO
Fecha: 13-08-25

