



N° 51.898

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
19 DÍA	11 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					
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
PRECOLTUR SAS			PRECOLTUR SAS		
CIIU (Actividad Económica) del empleador:					
SIN REGISTRAR					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
Apellidos y Nombres			Género	Edad	Documento de Identificación
TABORDA LOPERA JONATHAN ALEXANDER			MASCULINO	37 AÑOS 8 MESES 14 DÍAS	CC 1128391021
Carga			Tipo	Número	
CONDUCTOR					
EPS		AFP		ARL	
SURA		PORVENIR		NO REFIERE	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)					
Observaciones: NO APLICA					
N/A NO SE EVALUARÁN 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		PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			
AUDIOMETRÍA		PSICOACTIVO			
VISIOMETRÍA					
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		SVE OSTEOMUSCULAR		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				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.: 2017060104660			 Firma: _____ Nombre: TABORDA LOPERA JONATHAN ALEXANDER CC: 1128391021		
Código de Seguridad			Código de Seguridad		
C1171051898			C1171051898		

RECOMENDACIONES

Paciente: TABORDA LOPERA JONATHAN ALEXANDER

Fecha: 19/11/2025

Identificación: CC: 1128391021

Fecha Nacimiento: 06/03/1988

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 37 AÑOS 8 MESES 14 DÍAS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CRA 82 # 107B 24

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

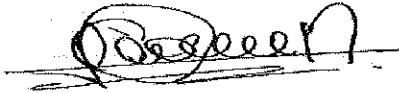
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

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

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

MÉDICO

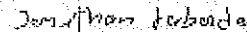


Firma: _____

Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

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

PACIENTE



Firma: _____

Nombre: TABORDA LOPERA JONATHAN ALEXANDEF

CC: 1128391021