



N° 45.086

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
12 DÍA	04 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
			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)							
CARDONA PEÑA JUAN ESTEBAN				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	36 AÑOS	CC	1128470033
						Tipo	Número
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APLAZADO POR CONDICIÓN MEDICA							
Observaciones: <i>HASTA PRESENTAR PRUEBA DE OTXICOLOGIA : NO REACTIVA .</i>							
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		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS 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 : REACTIVA .							
-SE RECOMIENDA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO DEFINIDAS EN LA EMPRESA SEGÚN SU PROGRAMA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.							
<p>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.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660				 Código de Seguridad A117G1M45086 Firma: <i>Juan Esteban Cardona Peña</i> Nombre: CARDONA PEÑA JUAN ESTEBAN CC: 1128470033			

RECOMENDACIONES

Paciente: CARDONA PEÑA JUAN ESTEBAN

Fecha: 12/04/2025

Identificación: CC: 1128470033

Fecha Nacimiento: 06/02/1989

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 36 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CLL 61 # 126 INT 502

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: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

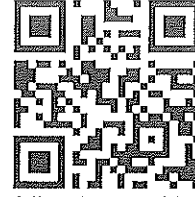
R.M. 5-1216-10 L.S.O 2017060104660

PACIENTE

Firma: 

Nombre: CARDONA PEÑA JUAN ESTEBAN

CC: 1128470033



RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
12 DÍA	04 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO	
			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, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
CARDONA PEÑA JUAN ESTEBAN			Genero	Edad	Documento de identificación
			MASCULINO	36 AÑOS 2 MESES 4 DÍAS	CC 1128470033
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR					
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO					
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					

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Precedente: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO
R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660
Especialidad:

Documento:
Nombre:
Fecha:

Documento:
Nombre:
Fecha:

