



Nº 45.086

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

12 DÍA	04 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	Ciudad	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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)

CARNÉ C. D. C. O. N. T. O. R	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	36 AÑOS	CC	1128470033
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

CARNÉ
C. D. C. O. N. T. O. R

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APLAZADO POR CONDICIÓN MEDICA

Observaciones: *HASTA PRESENTAR PRUEBA DE OTXICOLOGIA : NO REACTIVA .*

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 COLUMNAS	<input checked="" type="checkbox"/>	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA
AUDIOMETRÍA	<input checked="" type="checkbox"/>	PSICOACTIVO
VISIONETRÍA	<input checked="" type="checkbox"/>	-----

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.

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.

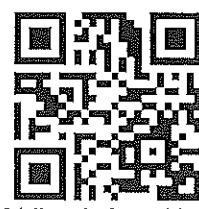
Médico



Firma:

Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R. M.: 5-1216-10



Código de Seguridad

A117G1M45086

Aspirante o Trabajador

Juan Esteban Cardona Peña

Firma:

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

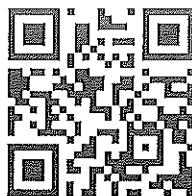
L.S.O 2017060104660

PACIENTE

Firma:

Nombre: CARDONA PEÑA JUAN ESTEBAN

CC: 1128470033



Código de Seguridad

A117G57M45086



N° 45086

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

12 DÍA	04 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
			Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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)						
C CARDONA PEÑA JUAN ESTEBAN			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	36 AÑOS 2 MESES 4 DÍAS	CC	1128470033
					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



Profesional: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

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

Especialidad:

Documento:

Nombre:

Fecha:

Documento:

Nombre:

Fecha:

○

○