



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 49.822

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

17 DÍA	09 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	Ciudad	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Apellidos y Nombres					

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)

SANCHEZ MOSQUERA MANUEL MATEO

Genero	Edad	Documento de Identificación
MASCULINO	33 AÑOS	CC 1128481260
		Tipo Número

Apellidos y Nombres

Car

CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL

CARGO)

Observaciones: NO APLICA

N/A

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICIONES LABORALES

NO APLICA

TIPO

NO APLICA

RECOMENDACIONES

NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y



COLUMNA



AUDIOMETRÍA



VISIOMETRÍA



PRUEBA PSICOSENSOMETRICA



PSICOACTIVO



RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

SVE OSTEOMUSCULAR

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES

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. De igual manera he sido notificado por parte del médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional.

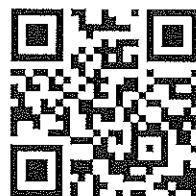
Médico

Firma:

Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

R. M.: 5-1216-10

L.S.O.: 2017060104660



Código de Seguridad

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SANCHEZ MOSQUERA MANUEL MATEO

cc: 1128481260

RECOMENDACIONES

Paciente: SANCHEZ MOSQUERA MANUEL MATEO

Fecha: 17/09/2025

Identificación: CC: 1128481260

Fecha Nacimiento: 22/07/1992

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 33 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CALLE 100 G 82 F -18

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

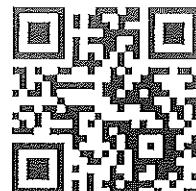
PACIENTE



Firma:

Nombre: SANCHEZ MOSQUERA MANUEL MATEO

CC: 1128481260



Código de Seguridad

U117A57G49822



Nº 49822

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17 DÍA	09 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
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)							
SANCHEZ MOSQUERA MANUEL MATEO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	33 AÑOS 1 MESES 26 DÍAS	CC	1128481260
						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

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

Documento:
Nombre:
Fecha:

Documento: 1128481260
Nombre: Manuel Mateo Sanchez M.
Fecha: 17-09-2025.

C

C