

07

DÍA

07

MES

2025

AÑO

MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

Ciudad

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PRECOLTUR SAS

Nombre de la empresa

PRECOLTUR SAS

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)

MONSALVE JUAN CAMILO

Apellidos y Nombres

Genero

MASCULINO

Edad

40 AÑOS

Documento de Identificación

CC

3593092

Tipo

Número

CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL

Observaciones: NO APLICA PARA LA LABOR ASIGNADA

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

AUDIOMETRÍA

VISIOMETRÍA

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA

PSICOACTIVO

RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

VALORACIÓN POR EPS : POR MEDICINA GENERAL PARA TOMA SERIADA DE PRESION ARTERIAL Y CION A NUTRICION

SVE VISUAL

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

SVE OSTEOMUSCULAR

HABITOS SALUDABLES

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA

HACER DEPORTE

DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

-PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA : NO REACTIVA

-TRABAJADOR EN QUIEN NO ES LA PRIMERA VEZ QUE SE ENCUENTRA CON CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL FUERA DE METAS , ASINTOMÁTICO , SE LE INDICA SOBRE LA IMPORTANCIA DE ACUDIR A SU EPS PARA TOMA SERIADA DE PRESIÓN ARTERIAL . IGUALMENTE SE LE INDICAN HÁBITOS DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DE ALIMENTACIÓN .

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.

XXS MEDICOS

Especialistas en tu Empresa

NIT: 901154336-9

Col. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe Medellín

gerenciamasmedicos@masmedellin.com

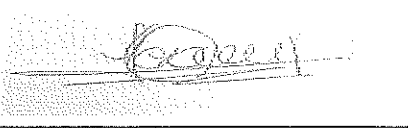
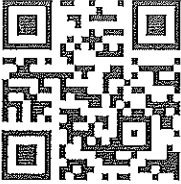
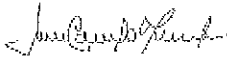
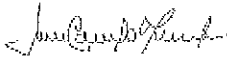
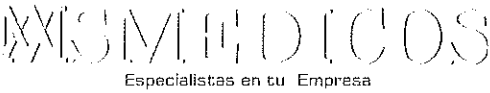

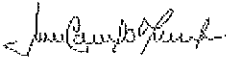
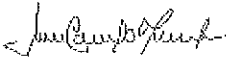
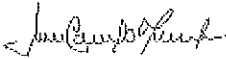
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

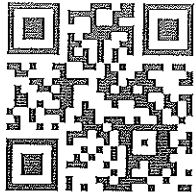
Nº 47,410

Impreso el 07/07/2025 a las 10:25 a.m.

Página 1 de 1

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

Médico		Aspirante o Trabajador	
<div>Firma:</div> <div></div>	<div></div> <div>Código de Seguridad</div> <div>B117H1N47410</div>	<div>Firma:</div> <div></div>	<div>Firma:</div> <div></div>
Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO		Nombre: MONSALVE JUAN CAMILO	
R. M.: 5-1216-10	L.S.O.: 2017060104660	CC: 3593092	
<div></div> <div>Especialistas en tu Empresa</div>		<div>NIT: 901154336-9</div> <div>Cel. 301 251 9764</div> <div>Carrera 64a No 7B- 581 Barrio Caribe - Medellín</div> <div>gerenciamasmedicos@masmedellin.com</div>	
RECOMENDACIONES			
Paciente: MONSALVE JUAN CAMILO		Fecha: 07/07/2025	
Identificación: CC: 3593092		Fecha Nacimiento: 17/11/1984	
Cargo: CONDUCTOR		Edad: 40 AÑOS	
Género: MASCULINO		Estado Civil: SOLTERO(A)	
Dirección: CLL 72 SUR # 45 A 12 INT 301		Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	
RECOMENDACIONES MÉDICAS			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: POR MEDICINA GENERAL PARA TOMA SERIADA DE PRESION ARTERIAL Y REMICION A NUTRICION			
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES			
HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA			
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			
SVE VISUAL, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR			
MÉDICO		PACIENTE	
<div>Firma:</div> <div></div>	<div>Firma:</div> <div></div>	<div>Firma:</div> <div></div>	<div>Firma:</div> <div></div>
Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO		Nombre: MONSALVE JUAN CAMILO	
R.M. 5-1216-10	L.S.O. 2017060104660	CC: 3593092	



Código de Seguridad
W117C57147410



N° 47410

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
07 DÍA	07 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)			
Ciudad			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
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)						
MONSALVE JUAN CAMILO			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			MASCULINO	40 AÑOS 7 MESES 18 DÍAS	CC	3593092
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, VALORACIÓN POR EPS: POR MEDICINA GENERAL PARA TOMA SERIADA DE PRESION ARTERIAL Y REMICION A NUTRICION						
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES						
HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA						
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES						
SVE VISUAL, 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: 3593092
Nombre: Juan Camilo Monsalve
Fecha: 07-07-2025

C

C