


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 50.003

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

23 DÍA	09 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL 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)

ORREGO ALVAREZ JOHN MARIO

Genero	Edad	Documento de Identificación
MASCULINO	50 AÑOS	CC 71749569

Apellidos y Nombres

 Tipo
Número

CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: NO APLICA

 NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) N/A
RESTRICCIONES 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 OSTEO muscular Y COLUMNAS	✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PSICOACTIVO	✓
VISIONMETRÍA	✓		

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA VISION CERCANA	SVE VISUAL	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE OSTÉOMUSCULAR	HACER DEPORTE
VACUNACIÓN POR EPS : POR NUTRICIÓN .		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PRUEBA DE TOXICOS 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.

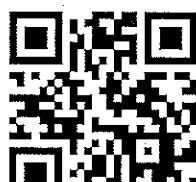
Médico

Firma:

Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

R. M.: 5-1216-10

L.S.O.: 2017060104660



Código de Seguridad

S117Y1E50003

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ORREGO ALVAREZ JOHN MARIO

cc: 71749569



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com

RECOMENDACIONES

Paciente: ORREGO ALVAREZ JOHN MARIO

Fecha: 23/09/2025

Identificación: CC: 71749569

Fecha Nacimiento: 07/11/1974

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 50 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CALL 56 123-27

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL: PARA VISION CERCANA , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: POR NUTRICION

MÉDICO

Firma:

Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

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

PACIENTE

Firma:

Nombre: ORREGO ALVAREZ JOHN MARIO

CC: 71749569