



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

N° 43.308

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
13 DÍA	02 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA 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)							
AVENDAÑO JUAN ALEJANDRO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	43 AÑOS	CC	8015359
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>							
Observaciones: NO APLICA							
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						HACER DEPORTE	
VALORACIÓN POR EPS : DISCRIMATOPSIA SE DIRECCIONA A OPTOMETRIA POR ALTERACION EN VISIÓN DE COLORES PARA DETERMINAR MANEJO							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA NO REACTIVA - SE DIRECCIONA A OPTOMETRIA POR ALTERACIÓN EN VISIÓN DE COLORES PARA DETERMINAR MANEJO							
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				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: CRUZ TOBON ANA MARIA R. M.: CMC217-18888 L.S.O.: 2022060356577				 Firma: _____ Nombre: AVENDAÑO JUAN ALEJANDRO CC: 8015359			

# MAS MEDICOS

Especialistas en tu Empresa

NIT: 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

## RECOMENDACIONES

Paciente: AVENDAÑO JUAN ALEJANDRO

Fecha: 13/02/2025

Identificación: CC: 8015359

Fecha Nacimiento: 05/09/1981

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 43 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: AMALFI ANTIOQUIA

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

## RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS:  
DISCROMATOPSIA SE DIRECCIONA A OPTOMETRIA POR ALTERACION EN VISION DE COLORES PARA DETERMINAR MANEJO

## RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE

## RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

## MÉDICO

*ANA CRUZ TOBON*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: CRUZ TOBON ANA MARIA

R.M. CMC217-18888 L.S.O 2022060356577

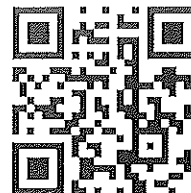
## PACIENTE

*Juan Alejandro Avendaño*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: AVENDAÑO JUAN ALEJANDRO

CC: 8015359



Código de Seguridad

T117Z57F43308



N° 43308

## RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
13 DÍA	02 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA 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)							
AVENDAÑO JUAN ALEJANDRO				Genero	Edad	Documento de identificación	
				MASCULINO	43 AÑOS 5 MESES 9 DÍAS	CC	8015359
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: DISCROMATOPSIA SE DIRECCIONA A OPTOMETRIA POR ALTERACION EN VISION DE COLORES PARA DETERMINAR MANEJO							
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES							
HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE							
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES							
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL							

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Profesional: CRUZ TOBON ANA MARIA

R. M.: CMC217-18888 L.S.O.: 2022060356577

Especialidad:

Documento:

Nombre:

Fecha:

Documento:

Nombre:

Fecha:

8015359.  
Juan Alejandro Avendaño  
18-02-2025

