



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 44.975

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
09 DÍA	04 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)							
RAMOS OROZCO ROBERTO ABAD				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	45 AÑOS	CC	98637424
						Tipo	Número
Carga <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>							
Observaciones: <b>NO APLICA</b>							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) <b>N/A</b>							
RESTRICIONES 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 AUDIOMETRÍA VISIONETRÍA				✓ ✓ ✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA PSICOACTIVO	✓ ✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE VISUAL PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL SVE OSTEOMUSCULAR			HABITOS SALUDABLES ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA		
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA : NO REACTIVA EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE EVIDENCIA UN RESULTADO POR FUERA DE LOS RANGOS DE LA NORMALIDAD. ESTE RESULTADO NO GENERA RESTRICCIONES PARA LAS LABORES DE CONDUCCIÓN, PERO SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN PRACTICO DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO.							
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

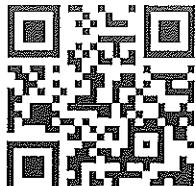


Firma:

Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R. M.: 5-1216-10

L.S.O.: 2017060104660



Código de Seguridad

M117S1Y44975

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: RAMOS OROZCO ROBERTO ABAD

cc: 98637424

**MASMEDICOS**  
Especialistas en tu Empresa

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

## RECOMENDACIONES

Paciente: RAMOS OROZCO ROBERTO ABAD

Fecha: 09/04/2025

Identificación: CC: 98637424

Fecha Nacimiento: 06/10/1979

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 45 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CR 14 A # 45 BB -10

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: DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO,  
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

## MÉDICO



Firma:

Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

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

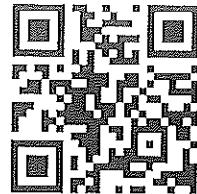
## PACIENTE



Firma:

Nombre: RAMOS OROZCO ROBERTO ABAD

CC: 98637424



Código de Seguridad

F117L57R44975



Nº 44975

## RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
09 DÍA	04 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, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
RAMOS OROZCO ROBERTO ABAD				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	45 AÑOS 6 MESES 3 DÍAS	CC	98637424
						Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO							
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: DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO							

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:

C

C