



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

N° 46.559

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
04 DÍA	06 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)											
OSORIO PEÑA JOHAN				Genero		Edad		Documento de Identificación			
				MASCULINO		23 AÑOS		CC		1007558807	
Apellidos y Nombres				Tipo		Número					
Cargo <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)							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			SVE OSTEOMUSCULAR			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA					
VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICION .						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				Aspirante o Trabajador							
 Firma: _____ Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO R. M.: 5-1216-10      L.S.O.: 2017060104660				 Código de Seguridad S117Y1E46559				 Firma: _____ Nombre: OSORIO PEÑA JOHAN CC: 1007558807			

**MAXIMEDICOS**

Especialistas en tu Empresa

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78-581 Barrio Caribe - Medellín

gerencia@maximedicos@masmedellin.com

### RECOMENDACIONES

Paciente: OSORIO PEÑA JOHAN

Identificación: CC: 1007558807

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CARRERA 65 D 27-24

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

Estado civil: SOLTERO(A)

Edad: 23 AÑOS

Fecha Nacimiento: 19/07/2001

Fecha: 04/06/2025

### RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: POR NUTRICION .

### 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:

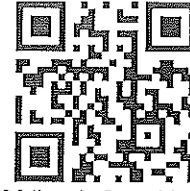
Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

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

Firma:

Nombre: OSORIO PEÑA JOHAN

CC: 1007558807



Código de Seguridad  
P117V57B46559



N° 46559

**RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
04 DÍA	06 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		
			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		
			Ciudad		
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)					
OSORIO PEÑA JOHAN			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	23 AÑOS 10 MESES 15 DÍAS	CC 1007558807
Cargo			Tipo Número		
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 NUTRICION .					
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

Profesional: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO  
R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017080104660  
Especialidad:

Documento: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

Documento: 1007558807  
Nombre: JOHAN PEÑA OSORIO  
Fecha: 2025/06/04

