

CÉDULA DE CIUDADANÍA		REPÚBLICA DE COLOMBIA	NUIP 1.146.442.330
		Apellidos MONTOYA URREA	
		Nombres SANTIAGO	
Nacionalidad COL Fecha de nacimiento 12 JUN 1998 Lugar de nacimiento MEDELLÍN (ANTIOQUIA)	Estatura 1.62 G.S. O+	Sexo M	
Firma 		Fecha y lugar de expedición 27 JUN 2016, MEDELLÍN	
		Fecha de expiración 17 SEPT 2032	

.CO

004965453



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL004965453601001<<<<<<<<<
9806124M3209170COL1146442330<2
MONTOYA<URREA<<SANTIAGO<<<<<<

 REPÚBLICA DE COLOMBIA	
MINISTERIO DE TRANSPORTE	
LICENCIA DE CONDUCCIÓN	
No. 1146442330	
NOMBRE	
SIAMONTE MONTOYA URREA	
FECHA DE NACIMIENTO	SANGRE-GRUPO
12-06-1998	O+
FECHA DE EXPIRACIÓN	
07-02-2025	
RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR	
ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR	
SECRETARÍA DE TRANSPORTES Y TRÁFICO	

CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRIO, CUATRIPLATO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	07-02-2025	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRIO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	07-02-2028	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03008440942

Servicios Integrales 60247.2 0 34 05/24



N° 52.804

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 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							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
PRECOLTUR SAS				PRECOLTUR SAS			
CIIU (Actividad Económica) del empleador:							
SIN REGISTRAR							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
Apellidos y Nombres				Género	Edad	Documento de Identificación	
MONTROYA URREA SANTIAGO				MASCULINO	27 AÑOS 6 MESES 4 DÍAS	CC	1146442330
						Tipo	Número
Cargos							
CONDUCTOR							
EPS		AFP			ARL		
07/02/2028		NO REFIERE			NO REFIERE		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
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		HÁBITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO						CONTROL DE PESO	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO - DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO2) PRESENTA UNA DISMINUCIÓN EN EL AREA DE: ATENCIÓN CONCENTRADA Y RESISTENCIA VIGILANTE A LA MONOTONÍA , APTO PARA DESEMPEÑAR LAS LABORES CONDUCCIÓN, CORRELACIONAR CON EXAMEN 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.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: _____ Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA R. M.: 5065404 L.S.O.: S2017060104075				Firma: _____ Nombre: MONTROYA URREA SANTIAGO CC: 1146442330			
 Código de Seguridad J117P1V52804							

RECOMENDACIONES

Paciente: MONTOYA URREA SANTIAGO

Identificación: CC: 1146442330

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CLL 100 A # 50 A 33

Fecha: 16/12/2025

Fecha Nacimiento: 12/06/1998

Edad: 27 AÑOS 6 MESES 4 DÍAS

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raul Zapata

Firma: _____

Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA

R.M. 5065404 **L.S.O** S2017060104075

PACIENTE

Santiago

Firma: _____

Nombre: MONTOYA URREA SANTIAGO

CC: 1146442330