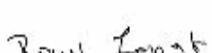
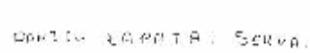




Nº 45.777

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN 09 DÍA 05 MES 2025 AÑO MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
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) ZAPATA SERNA DANIEL Genero Edad Documento de Identificación NO APLICA MASCULINO 23 AÑOS CC 1000637706 Apellidos y Nombres Tipo Número							
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO) 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 OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA AUDIOMETRÍA VISIONETRÍA			 PRUEBA PSICOSENSOMETRICA  PSICOACTIVO  -----	  			
RECOMENDACIONES MÉDICAS EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES HÁBITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO							
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:				Firma:			
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO				Nombre: ZAPATA SERNA DANIEL			
R. M.: 5065404		L.S.O.: S201706010407		CC: 1000637706			
Código de Seguridad C117104577							

RECOMENDACIONES

Paciente: ZAPATA SERNA DANIEL

Fecha: 09/05/2025

Identificación: CC: 1000637706

Fecha Nacimiento: 09/03/2002

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 23 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CR 43 # 63 -04

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

Raoul J. Espina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404

L.S.O. S2017060104075

PACIENTE

Daniel Zapata Serna

Firma: _____

Nombre: ZAPATA SERNA DANIEL

CC: 1000637706