



Nº 52.886

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
18 DÍA	12 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO	
				Ciudad	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
TURISMO DE ANTIOQUIA PARA COLOMBIA S . A . S .			TURISMO DE ANTIOQUIA PARA COLOMBIA S . A . S .		
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
ENRIQUEZ DOMINGUEZ WALTER FLORENCIO			MASCULINO	49 AÑOS 1 MESES 10 DÍAS	CC Número
Tipo					
Cargo					
CONDUCTOR					
EPS		AFP		ARL	
SAVIA SALUD		PORVENIR		NO REFIERE	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA					
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 ✓	
VISIONETRÍA			✓	-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES
					CONTROL DE PESO
					DIETA BALANCEADA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
<ul style="list-style-type: none"> - SE SUGIERE SOLICITAR CITA ANUAL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA EVALUACIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO - TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO 					
<p>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.</p>					
Médico			Aspirante o Trabajador		
					
Firma:			Firma:		
Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA			Nombre: ENRIQUEZ DOMINGUEZ WALTER FLORENCIO		
R. M.: 5065404			CC: 1049560		
L.S.O.: S2017060104075			B117H1N52886		
 Código de Seguridad B117H1N52886					

RECOMENDACIONES**Paciente:** ENRIQUEZ DOMINGUEZ WALTER FLORENCIO**Fecha:** 18/12/2025**Identificación:** CC: 1049560**Fecha Nacimiento:** 07/11/1976**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 49 AÑOS 1 MESES 10 DÍAS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** CASADO(A)**Dirección:** CR 55 47 A SUR - 18**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

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***Walter Enriquez***Firma:** _____**Nombre:** ENRIQUEZ DOMINGUEZ WALTER FLOREN**CC:** 1049560