



N° 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 LABORO 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 .			
CIU (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	1049560
						Tipo	Número
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		
VISIOMETRÍA				✓	-----		
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							
- SE SUGIERE SOLICITAR CITA ANUAL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA EVALUACIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO							
- 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.							
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				Código de Seguridad			
				B117H1N52886			

## RECOMENDACIONES

**Paciente:** ENRIQUEZ DOMINGUEZ WALTER FLORENCIO

**Identificación:** CC: 1049560

**Cargo:** CONDUCTOR

**Género:** MASCULINO

**Dirección:** CR 55 47 A SUR - 18

**Fecha:** 18/12/2025

**Fecha Nacimiento:** 07/11/1976

**Edad:** 49 AÑOS 1 MESES 10 DÍAS

**Estado Civil:** CASADO(A)

**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