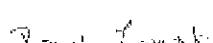
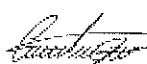
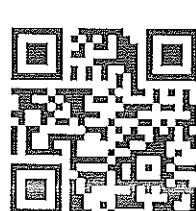


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 47.426

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
07 DÍA	07 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
Ciudad							
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)							
DIAZ RUA CARLOS ALBERTO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	38 AÑOS	CC	1020408431
						Tipo	Número
Características del Trabajador:							
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL							
Observaciones: NO APLICA							
PARA LA LABOR ASIGNADA							
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		
VISIONETRÍA				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					CONTROL DE PESO DIETA BALANCEADA		
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: Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO R. M.: 5065404 L.S.O.: S201706010407				 Firma: Nombre: DIAZ RUA CARLOS ALBERTO CC: 1020408431			
 Código de Seguridad Y117E1K47426							

RECOMENDACIONES

Paciente: DIAZ RUA CARLOS ALBERTO

Fecha: 07/07/2025

Identificación: CC: 1020408431

Fecha Nacimiento: 29/05/1987

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 38 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: NO SABE

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

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

PACIENTE

Firma:

Nombre: DIAZ RUA CARLOS ALBERTO

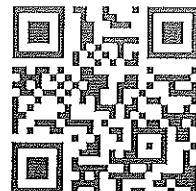
CC: 1020408431



Especialistas en tu Empresa

PHT: 901154336-0

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78-581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com

Código de Seguridad

M117S57Y47426



Nº 47426

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
07 DÍA	07 MES	2025 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
			Ciudad			
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)						
DIAZ RUA CARLOS ALBERTO			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			MASCULINO	38 AÑOS 1 MESES 9 DÍAS	CC	1020408431
Apellidos y Nombres				Tipo	Número	
Cargo						
CONDUCTOR						
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO						
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						
PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL						

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Raul Zapata

Profesional: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO
 R. M.: 5065404 L.S.O.: S2017060104075
 Especialidad:

Documento:
 Nombre:
 Fecha:

Documento: 1020408431
 Nombre: Carlos alberto DIAZ
 Fecha: 07-07-25

(

(