


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43.306

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

 13 DÍA 02 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)

ARISTIZABAL GARCIA JULIAN ALEXANDER

Genero

30 AÑOS

Documento de Identificación

MASCULINO

CC

1037948747

Apellidos y Nombres

Tipo

Número

CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL

Observaciones: NO APLICA

CARGO)

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

✓ PRUEBA PSICOSENSOMETRICA

COLUMNA

✓

AUDIOMETRÍA

✓ PSICOACTIVO

✓

VISIONETRÍA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

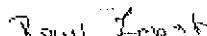
HABITOS SALUDABLES

DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- T COS 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.

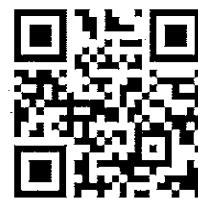
Médico


Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

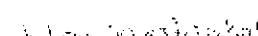
R. M. 5065404

L.S.O.: S2017060104075



Código de Seguridad

A117G1M43306

Aspirante o Trabajador


Firma:

Nombre: ARISTIZABAL GARCIA JULIAN ALEXANDER

cc: 1037948747

RECOMENDACIONES

Paciente: ARISTIZABAL GARCIA JULIAN ALEXANDER

Fecha: 13/02/2025

Identificación: CC: 1037948747

Fecha Nacimiento: 21/08/1994

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 30 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CR 24 A # 22-33

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, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

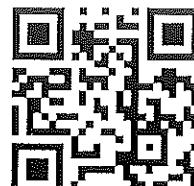
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raul Zapata
Firma: _____
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO
R.M. 5065404 L.S.O. S2017060104075

PACIENTE

JULIAN ARISTIZABAL
Firma: _____
Nombre: ARISTIZABAL GARCIA JULIAN ALEXANDER
CC: 1037948747



Código de Seguridad



Nº 43306

R117X57D43306

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

13 DÍA	02 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)

ARISTIZABAL GARCIA JULIAN ALEXANDER

Genero	Edad	Documento de Identificación	
MASCULINO	30 AÑOS 5 MESES 24 DÍAS	CC	1037948747
		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, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

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

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

Julian Alexander Aristizabal G.

Documento: 1037948747
Nombre: Julian Aristizabal G.
Fecha: 13-02-25

