



N° 45.889

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
13 DÍA	05 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO				
			Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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)								
DURANGO MANCO ALVARO DE JESUS				Genero	Edad	Documento de Identificación		
Apellidos y Nombres				MASCULINO	37 AÑOS	CC	1038332842	
						Tipo	Número	
Cargo: <b>COLECTOR</b>								
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL								
<b>CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL</b>								
Observaciones: <b>NO APLICA PARA LA LABOR ASIGNADA</b>								
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			✓
VISIOMETRÍA				✓	-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO						CONTROL DE PESO		
						DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES								
- TUBOS EN ORINA NO REACTIVO								
- SOLICITAR VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL Y/O NUTRICIÓN EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA EL CONTROL DE SU ALTERACIÓN DEL PESO CORPORAL. ESTA CONDICIÓN NO LE GENERA RESTRICCIONES PARA LABORAR								
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: <u>Raúl Ospina</u>				Firma: <u>Alvaro Durango</u>				
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO				Nombre: DURANGO MANCO ALVARO DE JESUS				
R. M.: 5065404				CC: 1038332842				
L.S.O.: S201706010407				Código de Seguridad: K117Q1W45889				

## RECOMENDACIONES

Paciente: DURANGO MANCO ALVARO DE JESUS

Fecha: 13/05/2025

Identificación: CC: 1038332842

Fecha Nacimiento: 04/07/1987

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 37 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CRA 124 # 55- M 144

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

*Raul Ospina*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

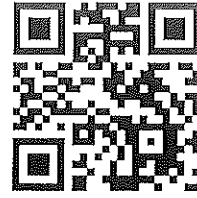
## PACIENTE

*Alvaro Durango*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: DURANGO MANCO ALVARO DE JESUS

CC: 1038332842



Código de Seguridad

X117D57J45889



N° 45889

**RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
13 DÍA	05 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO					
			Ciudad						
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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)									
DURANGO MANCO ALVARO DE JESUS				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				MASCULINO		37 AÑOS 10 MESES 9 DÍAS		CC	
Apellidos y Nombres				Tipo		Número			
Cargo <b>CONDUCTOR</b>									
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									
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL									

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

*Raul Ospina*

Profesional: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO  
R. N. 0065404 L.S.O.: S2017060104075  
Especialidad: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

