



Nº 53,626

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

15 DÍA	01 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Ciudad				

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa

PRECOLTUR SAS

Empresa en misión

PRECOLTUR SAS

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
URIBE BARRERA DARLWIN ALEXANDER	MASCULINO	38 AÑOS 9 MESES 19 DÍAS	CC Tipo 1045106720 Número

Cargo

CONDUCTOR

EPS	AFP	ARL
LA NUEVA EPS	PORVENIR	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

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	<input checked="" type="checkbox"/>	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	<input checked="" type="checkbox"/>
AUDIOMETRÍA	<input checked="" type="checkbox"/>	PSICOACTIVO	<input checked="" type="checkbox"/>
VISIONETRÍA	<input checked="" type="checkbox"/>	-----	<input checked="" type="checkbox"/>

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS 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		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO

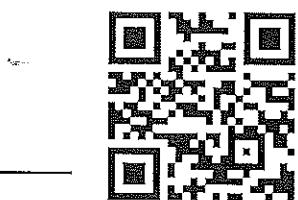
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el 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.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA

R. M.: 5065404



Código de Seguridad

V117B1H53626

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: URIBE BARRERA DARLWIN ALEXANDER

CC: 1045106720

RECOMENDACIONES

Paciente: URIBE BARRERA DARLWIN ALEXANDER

Fecha: 15/01/2026

Identificación: CC: 1045106720

Fecha Nacimiento: 28/03/1987

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 38 AÑOS 9 MESES 19 DÍAS

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, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raúl Zapata

Firma:

Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA

R.M. 5065404 L.S.O. S2017060104075

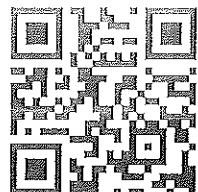
PACIENTE

Darlwin Alexander

Firma:

Nombre: URIBE BARRERA DARLWIN ALEXANDER

CC: 1045106720



Código de Seguridad

X117D57J53626



Nº 53626

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DÍA	01 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)			
			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, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)						
URIIBE BARRERA DARLWIN ALEXANDER			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			MASCULINO	38 AÑOS 9 MESES 19 DÍAS	CC	1045106720
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, DIETA BALANCEADA						
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES						
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL						

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante



Profesional: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA

R. M.: 5065404 L.S.O.: S2017060104075

Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL

Documento:

Nombre:

Fecha:

Documento: 1045106720

Nombre: Darlwin Alexander Uribe B

Fecha: 15 01 2026





CARTA DE RECOMENDACIONES DE SALUD

Versión: 01

Edición: 17/01/2024

MEDELLIN, 15 de enero de 2026

Empleado
DARLWIN ALEXANDER URIBE BARRERA

ASUNTO: RECOMENDACIONES CONDICIONES DE SALUD

En el examen de ingreso realizado el día 15 de enero de 2026, se le hace las siguientes recomendaciones de salud.

Concepto: **CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL**

Recuerde tener en cuenta las siguientes recomendaciones dadas por el médico:

- ✓ EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO
- ✓ AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO
- ✓ HABITOS SALUDABLES
- ✓ DIETA BALANCEADA

Recuerde que para la empresa está como prioridad su bienestar físico, el autocuidado y el cuidado de su salud es primordial para el buen desempeño de sus funciones.

Es su deber atender las recomendaciones dadas, como lo establece el compromiso manifiesto en la implementación de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Cordialmente,

Darlwin Alexander
FIRMA DEL TRABAJADOR
CC 7045706720

