



N° 53,626

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DÍA	01 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
PRECOLTUR SAS				PRECOLTUR SAS			
CIIU (Actividad Económica) del empleador:							
SIN REGISTRAR							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula 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	1045106720
Cargos						Tipo	Número
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 EVALUARÁN 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			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						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO							
<p>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.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: _____				Firma: _____			
Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA				Nombre: URIBE BARRERA DARLWIN ALEXANDER			
R. M.: 5065404 L.S.O.: S2017060104075				CC: 1045106720			
Código de Seguridad							
V117B1H53626							

## 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

*Raul Zapata*

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

Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

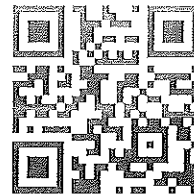
## PACIENTE

*Darwin 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)	
			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
			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)				
URIBE BARRERA DARLWIN ALEXANDER			Genero	Edad
			MASCULINO	38 AÑOS 9 MESES 19 DÍAS
Apellidos y Nombres			Documento de identificación	
			CC	1045106720
			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


*Raul Zapata*

Profesional: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA  
R. M.: 5065404 L.S.O.: S2017060104075  
Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL

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

Documento: 7045106720  
Nombre: Darlwin Alexander Uribe B  
Fecha: 15 01 2026



	<b>CARTA DE RECOMENDACIONES DE SALUD</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Edición: 17/01/2024</b>

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,

Darwin Alexander  
**FIRMA DEL TRABAJADOR**  
 CC 7045706720

