



N° 51,653

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

## FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

 12  
DÍA

 11  
MES

 2025  
AÑO

MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

Ciudad

## TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

## EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

Nombre de la empresa

Empresa en misión

PRECOLTUR SAS

PRECOLTUR SAS

CIU (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

CANO RAMIREZ JUAN CAMILO

MASCULINO

 37 AÑOS 9  
MESES 23 DÍAS

CC

1128425070

Tipo

Número

Cargo

CONDUCTOR

EPS

AFP

ARL

SURA

PORVENIR

NO REFIERE

## CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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  
COLUMNIA  
AUDIOMETRÍA  
VISIONETRÍA

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA

PSICOACTIVO



## RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

## RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

## HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

HÁBITOS SALUDABLES

CONTROL DE PESO

DIETA BALANCEADA

## OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO

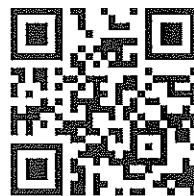
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el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

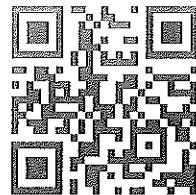
N117T1Z51653

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CANO RAMIREZ JUAN CAMILO

CC: 1128425070



Código de Seguridad

P117V57B51653



Nº 51653

## RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
12 DÍA	11 MES	2025 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, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)						
CANO RAMIREZ JUAN CAMILO			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	37 AÑOS 9 MESES 23 DÍAS	CC	1128425070
					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						
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL						

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Raúl Zapata

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

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

Juan camilo cano R  
Documento: 1128425070  
Nombre: Juan camilo CANO12  
Fecha: 12-11-2025