



Nº 46.191

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
22 DÍA	05 MES	2025 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)							
SALAZAR IBARBO ROGER DANIAN				Genero	Edad	Documento de identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	32 AÑOS	CC	1152690718
				Tipo	Número		
Car. <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
<b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>							
Observaciones: <i>NO APLICA</i>							
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			DEJAR DE FUMAR		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					HÁBITOS SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : DERMATOLOGIA					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. 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: _____ Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO R. M.: 5065404      L.S.O.: S201706010407				 Código de Seguridad: 11701U46191  Firma: _____ Nombre: SALAZAR IBARBO ROGER DANIAN CC: 1152690718			

### RECOMENDACIONES

Paciente: SALAZAR IBARBO ROGER DANIAN

Fecha: 22/05/2025

Identificación: CC: 1152690718

Fecha Nacimiento: 02/06/1992

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 32 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CRA 81 # 102 25

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

#### RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

DEJAR DE FUMAR, HáBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

#### RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: DERMATOLOGIA

#### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

### MÉDICO

*Raul Ospina*

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

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

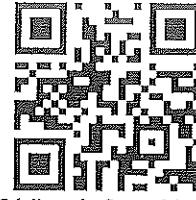
### PACIENTE

*Roger Salazar*

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

Nombre: SALAZAR IBARBO ROGER DANIAN

CC: 1152690718



Código de Seguridad

U117A57G46191



N° 46191

**RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
22 DÍA	05 MES	2025 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)				
SALAZAR IBARBO ROGER DANIAN			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	32 AÑOS 11 MESES 19 DÍAS
			Documento de Identificación	
			CC	1152690718
			Tipo	Número
Carga				
CONDUCTOR				
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO				
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES				
DEJAR DE FUMAR, HáBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA				
RECOMENDACIONES MÉDICAS				
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: DERMATOLOGIA				
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. M.: 5065404 L.S.O.: S2017060104075  
Especialidad: \_\_\_\_\_

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

Documento: 1152690718  
Nombre: ROGER SALAZAR  
Fecha: 23/05/2025

(

(