



Nº 47.747

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17 DÍA	07 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)							
HERRERA GOMEZ LUIS FERNANDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	62 AÑOS	CC	15483424
						Tipo	Número
Car: CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
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			<input checked="" type="checkbox"/>	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			<input checked="" type="checkbox"/>
AUDIOMETRÍA			<input checked="" type="checkbox"/>	PSICOACTIVO			<input checked="" type="checkbox"/>
VISIOMETRÍA			<input checked="" type="checkbox"/>	-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
			SVE AUDITIVO			HÁBITOS SALUDABLES	
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>- T COS EN URINA NO REACTIVO</p> <p>- EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE EVIDENCIA POR FUERA DE LOS RANGOS DE LA NORMALIDAD. ESTE RESULTADO NO GENERA RESTRICCIONES PARA LAS LABORES DE CONDUCCIÓN, PERO SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN PRACTICO DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO.</p> <p>- SE SUGIERE SOLICITAR CITA ANUAL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA EVALUACIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO</p> <p>- EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 85 DB POR MAS DE 8 HORAS , EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES O AUDÍFONOS , EVITAR EXPOSICIÓN A MÚSICA A ALTO VOLUMEN . MANEJAR CON VIDRIOS CERRADOS. SE SUGIERE AUDIOMETRIA CONTROL EN 6 MESES</p>							
<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 verdicas. 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.</p>							

Médico

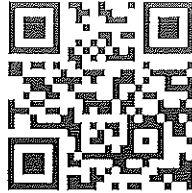
Raul Zapata

Firma: _____

Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA

R. M.: 5065404

L.S.O.: S2017060104075



Código de Seguridad
Z117F1L47747

Aspirante o Trabajador

Luis Fernando /S

Firma: _____

Nombre: HERRERA GOMEZ LUIS FERNANDO

CC: 15483424

MAS MEDICOS
Especialistas en tu Empresa

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com

RECOMENDACIONES

Paciente: HERRERA GOMEZ LUIS FERNANDO

Fecha: 17/07/2025

Identificación: CC: 15483424

Fecha Nacimiento: 21/02/1963

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 62 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CRA 53 AD 31 AD 16

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE AUDITIVO, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raul Zapata

Firma: _____

Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA

R.M. 5065404

L.S.O. S2017060104075

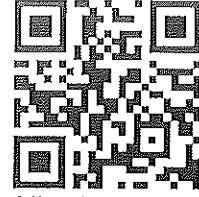
PACIENTE

Luis Fernando /S

Firma: _____

Nombre: HERRERA GOMEZ LUIS FERNANDO

CC: 15483424



Código de Seguridad
F117L57R47747



N° 47747

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
17 DÍA	07 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)				
HERRERA GOMEZ LUIS FERNANDO		Genero	Edad	Documento de Identificación
		MASCULINO	62 AÑOS 4 MESES 24 DÍAS	CC Número 15483424
Apellidos y Nombres			Tipo	
Cargo CONDUCTOR				
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO				
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES				
HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA				
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				
SVE AUDITIVO, 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: 15483424
Nombre: Luis Ferrnandoff
Fecha: 17-07-2025

