



Nº 52.077

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	11 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	
				EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO
				Ciudad
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
PRIETO HERRERA DORIAN ABEL		MASCULINO	23 AÑOS 0 MESES 27 DÍAS	CC Número
Tipo				
Cargo				
CONDUCTOR				
EPS	AFP	ARL		
SAVIA SALUD	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		✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	✓
AUDIOMETRÍA		✓	PSICOACTIVO	✓
VISIONETRÍA		✓	-----	-----
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		Aspirante o Trabajador		
				
Firma:		Firma:		
Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA		Nombre: PRIETO HERRERA DORIAN ABEL		
R. M.: 5065404		CC: 5398750		
L.S.O.: S2017060104075		Código de Seguridad R117X1D52077		

RECOMENDACIONES**Paciente:** PRIETO HERRERA DORIAN ABEL**Fecha:** 25/11/2025**Identificación:** CC: 5398750**Fecha Nacimiento:** 29/10/2002**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 23 AÑOS 0 MESES 27 DÍAS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** SOLTERO(A)**Dirección:** CLL 25 A # 75-49**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***Dorian Abel Prieto Herrera***Firma:** _____**Nombre:** PRIETO HERRERA DORIAN ABEL**CC:** 5398750