



Nº 42.803

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

30 DÍA	01 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL										
				EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO										
Ciudad														
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE														
<b>PRECOLTUR SAS</b>				<b>PRECOLTUR SAS</b>										
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)

**CASTRILLON ALZATE HERNAN DE JESUS**

Genero	Edad	Documento de Identificación
MASCULINO	55 AÑOS	CC 98547785
Tipo		Número

Apellidos y Nombres

Curso  
**CO-DUCTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)**

Observaciones: **NO APLICA**

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:

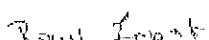
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNAS AUDIOMETRÍA VISIONETRÍA	<input checked="" type="checkbox"/> PRUEBA PSICOSENSOMETRICA <input checked="" type="checkbox"/> PSICOACTIVO <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--	-------------------------------------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	SVE AUDITIVO PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO DIETA BALANCEADA

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- TÓNICOS EN ORINA NO REACTIVO
- DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE EVIDENCIA EN LA ALTERACIÓN EN ALGUNOS PARÁMETROS DE LA PRUEBA. 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.
- SOLICITAR VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL Y/O NUTRICIÓN EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA EL CONTROL DE SU ALTERACIÓN DEL PESO CORPORAL. ESTA CONDICIÓN NO LE GENERA RESTRICCIONES PARA LABORAR
- 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
- SE SUGIERE SOLICITAR CITA ANUAL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA EVALUACIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO

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.

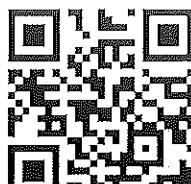
**Médico**


Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M.: 5065404

L.S.O.: S2017060104075



Código de Seguridad

M117S1Y42803

**Aspirante o Trabajador**


Firma:

Nombre: CASTRILLON ALZATE HERNAN DE JESUS

cc: 98547785



Especialistas en tu Empresa

NIT: 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

Paciente: CASTRILLON ALZATE HERNAN DE JESUS

Fecha: 30/01/2025

Identificación: CC: 98547785

Fecha Nacimiento: 17/11/1969

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 55 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CRA 21 A 59 24

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

SVE AUDITIVO, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

**MÉDICO**


Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

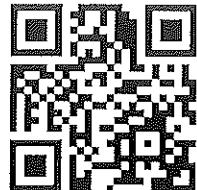
R.M. 5065404 L.S.O. S2017060104075

**PACIENTE**


Firma:

Nombre: CASTRILLON ALZATE HERNAN DE JESUS

CC: 98547785



Código de Seguridad

S117Y57E42803



Nº 42803

## RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

30 DÍA	01 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL  EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
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)

CASTRILLON ALZATE HERNAN DE JESUS

Genero	Edad	Documento de Identificación	
MASCULINO	55 AÑOS 2 MESES 13 DÍAS	CC	98547785
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo

CONDUCTOR

TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, 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

Paula C

Profesional: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

Documento: 1036670738

Documento: 98547785

R. M.: 5065404

L.S.O.: S2017060104075

Nombre:

Nombre:

Especialidad:

Fecha:

Fecha:

Hernan Castilla Alzate

30-1-2025

C

C