

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

N° 40.183

|   |           |   |                                     |   |  |          |
|---|-----------|---|-------------------------------------|---|--|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN  |           |   | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL   |   |  |          |
| 12<br>DÍA   | 11<br>MES | 2024<br>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)   |           |   |                                     |   |  |          |
| PIZARRO RAMIREZ PAULO CESAR   |           |   | Genero                              | Edad  | Documento de Identificación              |          |
| Apellidos y Nombres   |           |   | MASCULINO                           | 43 AÑOS   | CC                                       | 71224783 |
|   |           |   |                                     |   | Tipo                                     | Número   |
| <b>CONDUCTOR-PROPIETARIO</b>  |           |   |                                     |   |  |          |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL   |           |   |                                     |   |  |          |
| <b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>  |           |   |                                     |   |  |          |
| Observaciones: NO APLICA  |           |   |                                     |   |  |          |
| NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)   |           |   |                                     |   |  | N/A      |
| <b>RESTRICCIONES LABORALES</b>  |           | <b>TIPO</b>   |                                     | <b>RECOMENDACIONES</b>  |  |          |
| 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  |  |          |
| AUDIOMETRÍA   |           |   | <input checked="" type="checkbox"/> | PSICOACTIVO   |  |          |
| VISIOMETRÍA   |           |   | <input checked="" type="checkbox"/> | -----   |  |          |
| <b>RECOMENDACIONES MÉDICAS</b>  |           | <b>RECOMENDACIONES OCUPACIONALES</b>                        |                                     | <b>HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES</b>                        |  |          |
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR<br>CONTROLES MÉDICOS EN SU EPS<br>USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE<br>PARA CONDUCIR<br>EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO<br>AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO<br>VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION  |           | SVE CARDIOVASCULAR<br><br>PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL |                                     | HÁBITOS SALUDABLES<br><br>CONTROL DE PESO<br><br>DIETA BALANCEADA |  |          |
| <b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>  |           |   |                                     |   |  |          |
| <p>- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO</p> <p>- DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO (TIPO 3) SE EVIDENCIA EN LA ALTERACIÓN EN 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.</p> <p>- 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</p> <p>- REALIZAR CONTROLES DE CIFRAS TENSIONALES EN SU EPS, AL IGUAL QUE LA TOMA JUICIOSA DE LOS MEDICAMENTOS EN DOSIS Y HORARIOS ESTABLECIDOS. ESTA CONDICIÓN NO LIMITA SU DESEMPEÑO LABORAL.</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 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. |           |   |                                     |   |  |          |

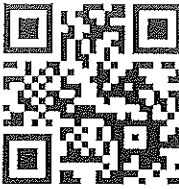
Médico

*Raul Ospina*

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

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

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



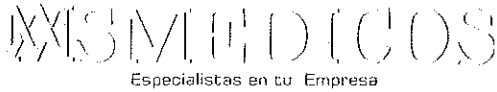
Código de Seguridad  
W117C1140183

Aspirante o Trabajador

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

Nombre: PIZARRO RAMIREZ PAULO CESAR

CC: 71224783



NIT: 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

### RECOMENDACIONES

Paciente: PIZARRO RAMIREZ PAULO CESAR

Fecha: 12/11/2024

Identificación: CC: 71224783

Fecha Nacimiento: 07/12/1980

Cargo: CONDUCTOR-PROPIETARIO

Edad: 43 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CRA 63 A# 77 20

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

### RECOMENDACIONES MÉDICAS

CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CONTINUAR CONTROLES MEDICOS EN SU EPS, USAR CORRECCIÓN VISUAL: USO PERMANENTE PARA CONDUCIR, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: NUTRICION

### RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE CARDIOVASCULAR, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

### MÉDICO

*Raul Ospina*

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

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

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

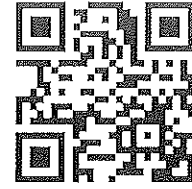
### PACIENTE

*Paulo Pizarro*

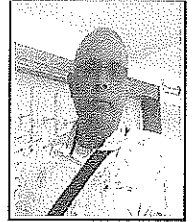
Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: PIZARRO RAMIREZ PAULO CESAR

CC: 71224783



Código de Seguridad  
C117157040183



N° 40183

**RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES**

|   |           |             |  |                             |          |
|---|-----------|-------------|--|-----------------------------|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN  |           |             | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL        |                             |          |
| 12<br>DÍA   | 11<br>MES | 2024<br>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)   |           |             |  |                             |          |
| PIZARRO RAMIREZ PAULO CESAR   |           | Genero      | Edad                                     | Documento de Identificación |          |
| Apellidos y Nombres   |           | MASCULINO   | 43 AÑOS 11 MESES 5 DÍAS                  | CC                          | 71224783 |
|   |           |             |  | Tipo                        | Número   |
| Cargo   |           |             |  |                             |          |
| CONDUCTOR-PROPIETARIO   |           |             |  |                             |          |
| TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO   |           |             |  |                             |          |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS   |           |             |  |                             |          |
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CONTINUAR CONTROLES MEDICOS EN SU EPS, USAR CORRECCIÓN VISUAL: USO PERMANENTE PARA CONDUCIR, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: NUTRICION |           |             |  |                             |          |
| RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES  |           |             |  |                             |          |
| HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA   |           |             |  |                             |          |
| RECOMENDACIONES OCUPACIONALES   |           |             |  |                             |          |
| SVE CARDIOVASCULAR, 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:

*Paulo Pizarro*

Documento: 71224783  
Nombre: Paulo Pizarro  
Fecha: 13/11/2024

(

/

(