



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 46.128

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
20 DÍA	05 MES	2025 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
TURISMO DE ANTIOQUIA PARA COLOMBIA S . A . S .			TURISMO DE ANTIOQUIA PARA COLOMBIA S . A . S .			
Nombre de la empresa			Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)						
RIAÑO MADRIGAL WILSON MIGUEL			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			MASCULINO	60 AÑOS	CC	15309157
Apellidos y Nombres					Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>						
Observaciones: <b>NO APLICA</b>						
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					N/A	
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES		
NO APLICA			NO APLICA	NO APLICA		
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>						
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEO muscular 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"/>	-----	<input checked="" type="checkbox"/>	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR CONTROLES MEDICOS EN SU EPS		SVE VISUAL			HABITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE PARA CONDUCIR		SVE CARDIOVASCULAR			DIETA BALANCEADA	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL				
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO</li> <li>- DEBE USAR LOS LENTES DE CORRECCIÓN VISUAL DE FORMA PERMANENTE (ES NECESARIO PARA EVITAR ACCIDENTES, CANSANCIO VISUAL Y LA PROGRESIÓN DE SU ENFERMEDAD)</li> <li>- SE SUGIERE SOLICITAR CITA ANUAL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA EVALUACIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO</li> <li>- 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.</li> </ul>						
<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.</p>						

**Médico**

Raoul Zapata

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404

L.S.O.: S2017060104075



Código de Seguridad

**Q117W1C46128****Aspirante o Trabajador**

Wilson Miguel Riaño

Firma:

Nombre: RIAÑO MADRIGAL WILSON MIGUEL

CC: 15309157



NIT : 901154336-9  
 Cel. 301 251 9764  
 Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín  
 gerenciamasmedicos@masmedellin.com

**RECOMENDACIONES****Paciente:** RIAÑO MADRIGAL WILSON MIGUEL**Fecha:** 20/05/2025**Identificación:** CC: 15309157**Fecha Nacimiento:** 31/12/1964**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 60 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** SOLTERO(A)**Dirección:** MORAVIA**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

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

**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

SVE VISUAL, SVE CARDIOVASCULAR, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

**MÉDICO**

Raoul Zapata

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

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

**PACIENTE**

Wilson Miguel Riaño

Firma:

Nombre: RIAÑO MADRIGAL WILSON MIGUEL

CC: 15309157