



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 46.128

| | | | | | | | |
|--|-----------|-------------|-----------------------------------|--|-----------------|-------------------------------------|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
| 20 DÍA | 05 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 | | | | | | | |
| 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 Extranjería, 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 CONDUCTOR | | | | | | | |
| 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 COLUMNA | | | | PRUEBA PSICOSENSOMETRICA | | | |
| AUDIOMETRÍA | | | | PSICOACTIVO | | | |
| VISIOMETRÍA | | | | ----- | | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | |
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR | | | SVE VISUAL | | | HABITOS SALUDABLES | |
| CONTROLES MEDICOS EN SU EPS | | | | | | | |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE | | | SVE CARDIOVASCULAR | | | DIETA BALANCEADA | |
| PARA CONDUCIR | | | | | | | |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO - DEBE USAR LOS LENTES DE CORRECCIÓN VISUAL DE FORMA PERMANENTE (ES NECESARIO PARA EVITAR ACCIDENTES, CANSANCIO VISUAL Y LA PROGRESIÓN DE SU ENFERMEDAD) - SE SUGIERE SOLICITAR CITA ANUAL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA EVALUACIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO - 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.</p> | | | | | | | |

Médico

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404

L.S.O.: S2017060104075



Código de Seguridad

Q117W1C46128

Aspirante o Trabajador

Wilson Miguel Riancho

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

Identificación: CC: 15309157

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: MORAVIA

Fecha: 20/05/2025

Fecha Nacimiento: 31/12/1964

Edad: 60 AÑOS

Estado Civil: SOLTERO(A)

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

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404

L.S.O S2017060104075

PACIENTE

Wilson Miguel Riancho

Firma: _____

Nombre: RIAÑO MADRIGAL WILSON MIGUEL

CC: 15309157