



Nº 29.454

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

09 DÍA	10 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
				EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

Ciudad

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

TRANS-MILENIUM 2021 S.A.S

TRANS-MILENIUM 2021 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)

RENDON TOBON CESAR AUGUSTO

Genero	Edad	Documento de Identificación		
MASCULINO	45 AÑOS	CC	71211291	

Apellidos y Nombres

Tipo	Número
------	--------

Cargo

CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

### CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL

Observaciones: NO APLICA

### PARA LA LABOR ASIGNADA

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

N/A

#### RESTRICCIONES LABORALES

SIN RESTRICCIONES LABORALES

#### TIPO

NO APLICA

#### RECOMENDACIONES

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	✓
VISIONETRÍA	✓	COLESTEROL	✓
GLICEMIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓

#### RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

#### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

#### HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

HABITOS SALUDABLES

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

SVE OSTEOMUSCULAR

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA

ESPECIALISTA : DERMATOLOGIA .

HACER DEPORTE

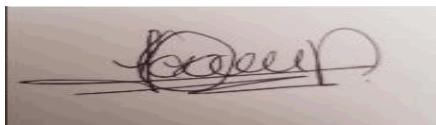
DIETA BALANCEADA

#### OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

GLUCOMETRIA , COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS : NORMAL . PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA

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: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R. M.: 5-1216-10

L.S.O.: 2017060104660



Código de Seguridad

D117J1P29454

#### Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: RENDON TOBON CESAR AUGUSTO

CC: 71211291

**RECOMENDACIONES****Paciente:** RENDON TOBON CESAR AUGUSTO**Fecha:** 09/10/2023**Identificación:** CC: 71211291**Fecha Nacimiento:** 01/03/1978**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 45 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** CASADO(A)**Dirección:** CALLE 32 # 56 46**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE

**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, ESPECIALISTA: DERMATOLOGIA . , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

**MÉDICO****Firma:** \_\_\_\_\_**Nombre:** OCAMPO VILLA JOHN JAIRO**R.M.** 5-1216-10      **L.S.O.** 2017060104660**PACIENTE****Firma:** \_\_\_\_\_**Nombre:** RENDON TOBON CESAR AUGUSTO**CC:** 71211291