

**LABOR  
HEALTH  
I.P.S.**

# LABOR HEALTH IPS S.A.S

NIT: 901552472-1

CARRERA 43 A - 18 SUR - 135 LOCAL 422

Centro Comercial São Paulo Plaza,

Medellín - Antioquia

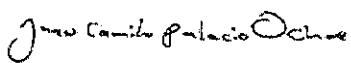
Tel: 3176477139

Correo electrónico: documental@laborhealthips.com



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 5.095

|   |           |   |                                |  |                                     |                             |         |
|---|-----------|---|--------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------|---------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN  |           |   |                                | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL  |                                     |                             |         |
| 01<br>DÍA   | 04<br>MES | 2024<br>AÑO   | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO   |                                     |                             |         |
| Ciudad  |           |   |                                |  |                                     |                             |         |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE   |           |   |                                |  |                                     |                             |         |
| INDEPENDIENTE   |           |   |                                | INDEPENDIENTE  |                                     |                             |         |
| Nombre de la empresa  |           |   |                                | Empresa en misión  |                                     |                             |         |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)   |           |   |                                |  |                                     |                             |         |
| PALACIO OCHOA JUAN CAMILO   |           |   |                                | Genero   | Edad                                | Documento de identificación |         |
| Apellidos y Nombres   |           |   |                                | MASCULINO  | 41 AÑOS 6 MESES<br>9 DÍAS           | CC                          | 8161115 |
|   |           |   |                                |  |                                     | Tipo                        | Número  |
| Cargo<br><b>CONDUCTOR</b>   |           |   |                                |  |                                     |                             |         |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL   |           |   |                                |  |                                     |                             |         |
| <b>APTO (A) PARA DESEMPEÑAR EL CARGO</b>  |           |   |                                |  |                                     |                             |         |
| Observaciones: NO APLICA  |           |   |                                |  |                                     |                             |         |
| APTO  |           | PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS                            |                                |  |                                     |                             |         |
| RESTRICIONES LABORALES  |           |   |                                | TIPO   | RECOMENDACIONES                     |                             |         |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES   |           |   |                                | NO APLICA  | NO APLICA                           |                             |         |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:  |           |   |                                |  |                                     |                             |         |
| AUDIOMETRÍA   |           |   |                                | VISIOMETRÍA OCUPACIONAL POR OPTOMETRA  |                                     |                             |         |
| ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL  |           |   |                                | PRUEBAS PSICOSENSOMETRICA  |                                     |                             |         |
| GLUCOSA   |           |   |                                | EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOARTICULAR   |                                     |                             |         |
| PX MULTIDROGAS 2 SUSTANCIAS   |           |   |                                | -----  |                                     |                             |         |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS   |           | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES                           |                                |  | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |                             |         |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO  |           | USO DE EPP  |                                |  | HABITOS SALUDABLES                  |                             |         |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO  |           | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL                       |                                |  | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA           |                             |         |
|   |           | OTROS : REALIZAR PAUSAS LABORALES ACTIVAS<br>PARA MANOS |                                |  | DIETA BALANCEADA                    |                             |         |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES   |           |   |                                |  |                                     |                             |         |
| <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.</p> |           |   |                                |  |                                     |                             |         |
| Médico  |           |   |                                | Aspirante o Trabajador   |                                     |                             |         |
|    |           |   |                                |  |                                     |                             |         |
| Firma:  |           |   |                                | Firma:   |                                     |                             |         |
| Nombre: TORRES PARDO CESAR AUGUSTO  |           |   |                                | Nombre: PALACIO OCHOA JUAN CAMILO  |                                     |                             |         |
| R. M.: 24792001   |           | L.S.O.: 75122021  |                                | Código de Seguridad  |                                     | CC: 8161115                 |         |
|   |           |   |                                | Y1354E1K5095   |                                     |                             |         |