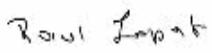
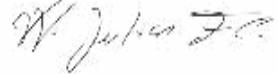




## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 46.671

<b>FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN</b> 09 DÍA    06 MES    2025 AÑO    MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad				<b>TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL</b> <b>EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO</b>			
<b>DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE</b> <b>TRANSPORTE ESPECIAL GLOBO SAS</b>							
<b>Nombre de la empresa</b> FERNANDEZ CORREA WILFER JULIAN				<b>Empresa en misión</b>			
<b>DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE</b> (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte) Apellidos y Nombres: FERNANDEZ CORREA WILFER JULIAN							
Genero: MASCULINO    Edad: 37 AÑOS    Documento de Identificación: CC 1128414319 Tipo: Número:							
Cargo: EJECUTIVO COMERCIAL <b>CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL</b> <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> NO APLICA		<b>TIPO</b> NO APLICA		<b>RECOMENDACIONES</b> NO APLICA			
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA AUDIOMETRÍA		✓ VISIONETRÍA ✓ -----		✓			
<b>RECOMENDACIONES MÉDICAS</b> AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		<b>RECOMENDACIONES OCUPACIONALES</b> PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		<b>HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES</b> HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO DIETA BALANCEADA			
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b> - SE SUGIERE SOLICITAR CITA ANUAL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA EVALUACIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO - 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							
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.							
<b>Médico</b> 				<b>Aspirante o Trabajador</b> 			
Firma: _____ Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO R. M.: 5065404    L.S.O.: S201706010407				Firma: _____ Nombre: FERNANDEZ CORREA WILFER JULIAN CC: 1128414319			
Código de Seguridad: <b>Y117E1K46671</b>							

## RECOMENDACIONES

**Paciente:** FERNANDEZ CORREA WILFER JULIAN

**Fecha:** 09/06/2025

**Identificación:** CC: 1128414319

**Fecha Nacimiento:** 17/02/1988

**Cargo:** EJECUTIVO COMERCIAL

**Edad:** 37 AÑOS

**Género:** MASCULINO

**Estado Civil:** CASADO(A)

**Dirección:** CARRERA 82 9A SUR 28

**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

## RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

## RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

## RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

## MÉDICO

Raoul Zapata

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

**Nombre:** ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

**R.M.** 5065404

**L.S.O.** S2017060104075

## PACIENTE

W. Julian F.C.

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

**Nombre:** FERNANDEZ CORREA WILFER JULIAN

**CC:** 1128414319