



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.928

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
27 DÍA	11 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	
			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
RUTAS VERDE Y BLANCO SAS			RUTAS VERDE Y BLANCO SAS	
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)				
MONTOKA CEBALLOS ANDRES FELIPE			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	30 AÑOS
			Documento de Identificación	
			CC	1045112016
			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
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE VISUAL		HABITOS SALUDABLES
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO				
- TRABAJADOR CON ANTECEDENTE DE CONDICIÓN VISUAL QUE LE GENERA ALTERACIÓN EN LA VISION DE COLORES, DICHA CONDICION NO LE GENERA RESTRICCIONES PARA SU LABOR EN EL MOMENTO PERO SE SUGIERE EVALUACION POR OPTOMETRIA PARA DEFINIR SI REQUIERE MANEJO.				
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		Aspirante o Trabajador		
Firma:		Firma:		
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO		Nombre: MONTOKA CEBALLOS ANDRES FELIPE		
R. M.: 5065404		CC: 1045112016		
L.S.O.: S201706010407		Código de Seguridad		
		R117X1D40928		

RECOMENDACIONES

Paciente: MONTOYA CEBALLOS ANDRES FELIPE

Fecha: 27/11/2024

Identificación: CC: 1045112016

Fecha Nacimiento: 31/07/1994

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 30 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CL 15 18-85

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE VISUAL, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raúl Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

PACIENTE

Andrés Felipe

Firma: _____

Nombre: MONTOYA CEBALLOS ANDRES FELIPE

CC: 1045112016