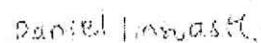




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 47.232

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
28 Día	06 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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)					
INSUASTY ARANGO DANIEL			Genero	Edad	Documento de Identificación
			MASCULINO	25 AÑOS	CC
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo ASISTENTE ADMINISTRATIVO					
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 COLUMN		<input checked="" type="checkbox"/>	VISSIOMETRÍA <input checked="" type="checkbox"/>		
AUDIOMETRÍA		<input checked="" type="checkbox"/>	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		SVE VISUAL		HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE AUDITIVO		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HACER DEPORTE	
ESPECIALISTA : SEGUIMIENTO POR OTORRINOLARINGOLOGO				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
TRABAJADOR CON ANTECEDENTE DE CONDICIÓN MEDICA DE ORIGEN AUDITIVO DESDE LA INFANCIA , DICHA CONDICIÓN NO LE GENERA RESTRICCIÓN PARA EL CARGO . SE RECOMIENDA CONTROL CON OTORRINOLARINGOLOGIA PARA EVALUACIÓN Y/O CALIBRACION DE LOS AUDIFONOS					
<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 verificables. 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			Aspirante o Trabajador		
 Firma:			 Daniel Insuasty Firma:		
Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO			Nombre: INSUASTY ARANGO DANIEL		
R. M.: 5-1216-10			L.S.O.: 2017060104660		
			cc: 1146443402		
			Código de Seguridad H117N1T47232		

RECOMENDACIONES**Paciente:** INSUASTY ARANGO DANIEL**Fecha:** 28/06/2025**Identificación:** CC: 1146443402**Fecha Nacimiento:** 14/08/1999**Cargo:** ASISTENTE ADMINISTRATIVO**Edad:** 25 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** SOLTERO(A)**Dirección:** CLL 46 # 81 46 INT 402**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

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

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE VISUAL, SVE AUDITIVO, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES MÉDICASUSAR CORRECCIÓN VISUAL, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO,
ESPECIALISTA: SEGUIMIENTO POR OTORRINOLARINGOLOGO**MÉDICO****Firma:** _____**Nombre:** CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO**R.M.** 5-1216-10 **L.S.O.** 2017060104660**PACIENTE****Firma:** _____**Nombre:** INSUASTY ARANGO DANIEL**CC:** 1146443402