



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 47.232

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
28 DÍA	06 MES	2025 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)							
INSUASTY ARANGO DANIEL				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	25 AÑOS	CC	1146443402
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 COLUMNA				VISIOMETRÍA			
AUDIOMETRÍA				-----			
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 OTORRINOLARINGÓLOGO				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							
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: _____ Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660				 Código de Seguridad H117N1T47232 Firma: _____ Nombre: INSUASTY ARANGO DANIEL CC: 1146443402			

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 MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO,
ESPECIALISTA: SEGUIMIENTO POR OTORRINOLARINGÓLOGO

MÉDICO

Firma:

Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

R.M. 5-1216-10 **L.S.O** 2017060104660

PACIENTE

Daniel Insuasty

Firma:

Nombre: INSUASTY ARANGO DANIEL

CC: 1146443402