



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 39.967

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
05 DÍA	11 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		
			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)					
GARCIA HERRERA JOSE ANDRES			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	45 AÑOS	CC 71794672
					Tipo Número
Cargos					
CONDUCTOR					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)					
Observaciones: NO APLICA					
NO SE EVALUARÁN 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	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO					

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: GARCIA HERRERA JOSE ANDRES

R. M.: 5065404

L.S.O.: S201706010407

Código de Seguridad
S117Y1E39967

CC: 71794672

RECOMENDACIONES

Paciente: GARCIA HERRERA JOSE ANDRES

Fecha: 05/11/2024

Identificación: CC: 71794672

Fecha Nacimiento: 22/04/1979

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 45 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CLL 104 C # 49 A 08

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

PACIENTE

Firma: Raul Ospina

Firma: [Firma]

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

Nombre: GARCIA HERRERA JOSE ANDRES

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

CC: 71794672