



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43.250

|  |           |             |                                   |  |         |                                     |          |
|--|-----------|-------------|-----------------------------------|--|---------|-------------------------------------|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN   |           |             |                                   | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL        |         |                                     |          |
| 12<br>DÍA  | 02<br>MES | 2025<br>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)  |           |             |                                   |  |         |                                     |          |
| VASCO CHAVARRIA WILL DIOMEDES  |           |             |                                   | Genero                                   | Edad    | Documento de Identificación         |          |
|  |           |             |                                   | MASCULINO                                | 39 AÑOS | CC                                  | 98716516 |
| Apellidos y Nombres  |           |             |                                   |  |         | Tipo                                | Número   |
| Cargo<br><b>CONDUCTOR</b>  |           |             |                                   |  |         |                                     |          |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL<br><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      |
| 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   |           |             |                                   |  |         | CONTROL DE PESO                     |          |
|  |           |             |                                   |  |         | DIETA BALANCEADA                    |          |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  |           |             |                                   |  |         |                                     |          |
| <p>- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO</p> <p>- DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE EVIDENCIA EN LA ALTERACIÓN EN ALGUNOS PARÁMETROS DE LA PRUEBA. ESTE RESULTADO NO GENERA RESTRICCIONES PARA LAS LABORES DE CONDUCCIÓN PERO SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN PRACTICO DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO.</p> <p>- 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</p>  |           |             |                                   |  |         |                                     |          |
| <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 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.</p> |           |             |                                   |  |         |                                     |          |

Médico

Raul Ospina

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

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404 L.S.O.: S2017060104075



Código de Seguridad

**N117T1Z43250**

Aspirante o Trabajador

Will Vasco

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

Nombre: VASCO CHAVARRIA WILL DIOMEDES

CC: 98716516



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín  
gerenciamasmedicos@masmedellin.com

RECOMENDACIONES

Paciente: VASCO CHAVARRIA WILL DIOMEDES

Identificación: CC: 98716516

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CRA 84 D # 107 25

Fecha: 12/02/2025

Fecha Nacimiento: 20/09/1985

Edad: 39 AÑOS

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

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, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raul Ospina

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

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O. S2017060104075

PACIENTE

Will Vasco

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

Nombre: VASCO CHAVARRIA WILL DIOMEDES

CC: 98716516