



IPS CENTRO INTEGRADO DE ENVIADO S.A.S.
NIT. 900640195-8
Calle 51 Sur N° 48 - 66, Sabaneta
Celis. 3005309213 - 3244541392 - Tel. 60(4)4737286 - E-mail: centroipsenviado@gmail.com
www.ipsenviado.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.226

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN		SABANETA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		CITY	
28	11	2023			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORA O LABORARÁ O ASPIRANTE					
SA DE TRANSPORTE ESPECIAL TRANSPORTE Y TURISMO ANTIOQUIA S.A.					
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)					
Arboleda Zapata Oswaldo		MASCULINO		26 AÑOS 8 MESES 5 DIAS	
Apellidos y Nombres		Genero		Edad	
Código		Tipo		Número	
CC		CC		1035129388	
Documento de Identificación		Tipo		Número	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL	
APTO PARA LABORAR	
Observaciones: NO APLICA	
N/A	
NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	
RESTRICCIONES LABORALES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES	
TIPO	
NO APLICA	
NO APLICA	
RECOMENDACIONES	

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:	
EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE	
COLUMNA	
AUDIOMETRIA	
VISIOMETRIA POR OPTOMETRIA	
PSICOSENSOMETRICA	
TOXICOLOGICO II PARAMETROS	
RECOMENDACIONES MEDICAS	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	
USO DE EPP	
HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
HABITOS SALUDABLES	
ACTIVIDAD FISICA AEROBICA	
DIETA BALANCEADA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES	
-EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR- CON HALLAZGOS PATOLÓGICOS	
-VISIOMETRIA- NORMAL	
-AUDIOMETRIA- NORMAL	
-PSICOSENSOMETRICO- APTO	
-TOXICOLOGICO II PARÁMETROS-(VER ANEXO)	
-CUMPLIR CON LAS NORMAS DEL TRANSITO Y SEGURIDAD VIAL.	
-PRACTICAR EL AUTOCUIDADO EN EL LUGAR DE TRABAJO.	
-SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO AL QUE ASPIRA	

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.