



N° 52.479

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
05 DÍA	12 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
COOPERATIVA DE TRANSPORTES ESPECIALES				COOPERATIVA DE TRANSPORTES ESPECIALES			
CIIU (Actividad Económica) del empleador:							
SIN REGISTRAR							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
Apellidos y Nombres				Género	Edad	Documento de Identificación	
ARANGO VASQUEZ JOHN FREDY				MASCULINO	52 AÑOS 8 MESES 23 DÍAS	CC	71736215
						Tipo	Número
Cargo							
CONDUCTOR							
EPS		AFP		ARL			
NO REFIERE		NO REFIERE		NO REFIERE			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
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				COLESTEROL			
GLICEMIA				TRIGLICERIDOS			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : PERIODICAMENTE EN EL PROGRAMA DE OCNTROL CARDIOVASCULAR DE LA EPS .		SVE CARDIOVASCULAR		DEJAR DE FUMAR			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES			
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEOMUSCULAR		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
VALORACIÓN POR EPS : POR MEDICINA GENERAL DE LA EPS PARA ESTUDIO OSTEOMUSCULAR Y REMICION A NUTRICION .				HACER DEPORTE			
				DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>-GLUCOMETRÍA , COLESTEROL : NORMAL . PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA . TRIGLICERIDOS: ALTERADOS , SE DAN RECOMENDACIONES DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE EN LA ALIMENTACIÓN Y CON LA PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y SEGUIMIENTO EN 6 MESES POR LA EPS (AUN NO REQUIERE MANEJO FARMACOLÓGICO) .</p> <p>-TRABAJADOR CON ANTECEDENTE DE CONDICIÓN MEDICA CARDIOVASCULAR , AL MOMENTO DE LA CONSULTA ESTABLE DE SUS COMORBILIDADES , SE INSISTE EN LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DE ASISTIR AL PROGRAMA DE CONTROL CARDIOVASCULAR DE LA EPS .</p> <p>-DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO TIPO 1 NO PRESENTA NINGUNA DISMINUCIÓN PSICOMOTRIZ ,SIN RASTRO TODOS LOS PARÁMETROS DE EVALUACIÓN SE ENCUENTRAN EN LOS CRITERIOS DE NORMALIDAD,ES APTO PARA DESEMPEÑAR LAS LABORES DE CONDUCCIÓN Y SE RECOMIENDA REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA SEGUN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA.</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.</p>							

Médico

Firma: _____

Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

R. M.: 5-1216-10

L.S.O.: 2017060104660



Código de Seguridad

W117C1152479**Aspirante o Trabajador**

Firma: _____

Nombre: ARANGO VASQUEZ JOHN FREDY

CC: 71736215



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com**RECOMENDACIONES****Paciente:** ARANGO VASQUEZ JOHN FREDY**Fecha:** 05/12/2025**Identificación:** CC: 71736215**Fecha Nacimiento:** 13/03/1973**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 52 AÑOS 8 MESES 23 DÍAS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** CASADO(A)**Dirección:** CLL 92 C # 66 05**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

CONTINUAR MANEJO MÉDICO: PERIODICAMENTE EN EL PROGRAMA DE OCNTROL CARDIOVASCULAR DE LA EPS . , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: POR MEDICINA GENERAL DE LA EPS PARA ESTUDIO OSTEOMUSCULAR Y REMICION A NUTRICION .

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DEJAR DE FUMAR, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE CARDIOVASCULAR, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

MÉDICO

Firma: _____

Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

R.M. 5-1216-10

L.S.O. 2017060104660

PACIENTE

Firma: _____

Nombre: ARANGO VASQUEZ JOHN FREDY

CC: 71736215