



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 55.169

20 DÍA				02 MES		2025 AÑO		RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
								Ciudad		EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE											
PARTICULARES CONTADO										PARTICULARES	
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)											
LOPEZ RINCON JOSE LUIS								Genero		Edad	
								MASCULINO		58 AÑOS 8 MESES 11 DÍAS	
										Documento de Identificación	
										CC	
										93365592	
										Tipo	
										Número	
Apellidos y Nombres								Dirección			
Fecha de Nacimiento								Municipio			
Estado Civil								VDA BARRO BLANCO			
Número de hijos								RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)			
Teléfono											
11/06/1966											
CASADO(A)											
1											
Escolaridad								EPS			
Responsable								ARL			
Teléfono del Responsable											
TÉCNICO								SURA			
MARTHA ROMERO								SURA			
3146270515											
CARGO											
CONDUCTOR											
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL											
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO											
Observaciones: NO APLICA											
N/A NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)											
RESTRICCIONES LABORALES											
SIN RESTRICCIONES LABORALES											
TIPO											
NO APLICA											
RECOMENDACIONES											
NO APLICA											
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:											
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR											
VISIOMETRÍA											
RECOMENDACIONES MÉDICAS											
USAR CORRECCIÓN VISUAL PARA VISIÓN CERCANA											
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO											
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES											
USO DE EPP											
PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL											
EDUCACIÓN EN NORMAS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL DE RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SU CARGO											
HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES											
HÁBITOS SALUDABLES											
ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA											
DIETA BALANCEADA											
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES											
COMO RECOMENDACIÓN GENERAL PARA EL CARGO DE CONDUCTOR DE CUALQUIER TIPO DE VEHÍCULO, SE ACONSEJA DESCARTAR ALTERACIONES EN EL METABOLISMO DE CARBOHIDRATOS Y LÍPIDOS, ALTERACIONES VISUALES, ALTERACIONES CARDIOVASCULARES, ALTERACIONES AUDITIVAS, ALTERACIONES PSICOSENSORIALES Y HABITOS INSEGUROS QUE PUEDAN SER DE RIESGO PARA ACCIDENTES, POR ELLO SE RECOMIENDA EVALUAR ESTO POR MEDIO DE: GLICEMIA EN AYUNAS, PERFIL LIPÍDICO, VISIOMETRÍA, AUDIOMETRÍA, PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA Y ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS MAYORES DE 45 AÑOS.											
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.											

Médico		Aspirante o Trabajador	
			
Firma:		Firma:	
Nombre: SOSA ALVAREZ ALEX		Nombre: LOPEZ RINCON JOSE LUIS	
R. M.: 05-0142-09	L.S.O.: 2018060237086	Código de Seguridad	CC: 93365592
		E835K1Q55169	