



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 135.906

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17 DÍA	07 MES	2025 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OSTEOMUSCULAR PERIÓDICO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
ON TIME CAR S.A.S							
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)							
CASTELLANOS FORERO JUAN CARLOS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	40 AÑOS 10 MESES 28 DÍAS	CC	80809902
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL EXAMEN PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICA OSTEOMUSCULAR				✓	EVALUACION PSICOSENSOMETRICA		
GLUCOSA EN SUERO				✓	OPTOMETRÍA		
PERFIL LIPÍDICO				✓	AUDIOMETRIA		
PANEL MULTIDROGAS (5 DROGAS)				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMÍA. DOTAR Y EXIGIR USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN Y LABOR A DESEMPEÑAR			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- CUMPLE PARA EL PLAN DE SEGURIDAD VIAL DE LA EMPRESA.							
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

Maria Lizeth Concha B.
Dra. Maria Lizeth Concha B.
Médico Esp. Salud Ocupacional
Unilibre
Lic. 071 / 2018

Firma: _____

Nombre: CC: 1114452187 - MARIA LIZETH CONCHA

R. M.: 768424

L.S.O.: 071/2018



Código de Seguridad

I475O1U135906

Aspirante o Trabajador



Firma: _____

Nombre: CASTELLANOS FORERO JUAN CARLOS

CC: 80809902

RECOMENDACIONES

Paciente: CASTELLANOS FORERO JUAN CARLOS

Fecha: 17/07/2025

Identificación: CC: 80809902

Fecha Nacimiento: 18/08/1984

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 40 AÑOS 10 MESES 28 DÍAS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CALLE 19 18 A 08

Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, CO

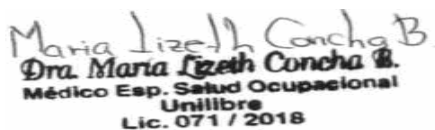
RECOMENDACIONES GENERALES

ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA, BAJA EN GRASAS Y HARINAS, RICA EN VERDURAS Y FRUTAS, EJERCICIO FÍSICO REGULAR, DE ACUERDO A SU ESTADO FÍSICO Y CONDICIÓN DE SALUD, SOLICITE EN SU ENTIDAD DE SALUD VALORACIÓN MÉDICA Y NUTRICIONAL POR ALTERACIÓN DE LOS LÍPIDOS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMÍA. DOTAR Y EXIGIR USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN Y LABOR A DESEMPEÑAR

Médico



Maria Lizeth Concha B.
Dra. Maria Lizeth Concha B.
Médico Esp. Salud Ocupacional
Unilibre
Lic. 071 / 2018

Firma:

Nombre: CC: 1114452187 - MARIA LIZETH CONCHA

R. M.: 768424

L.S.O.: 071/2018