



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 44.788

### FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

13 DÍA	03 MES	2025 AÑO	LA ESTRELLA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL  <b>EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO</b>
Hora: 7:31 a.m	Ciudad			

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

HOLGUIN YEPES YOJAN ALBERTO

Genero	Edad	Documento de Identificación	
MASCULINO	34 AÑOS 2 MESES 27 DÍAS	CC	1020438613
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo

**CONDUCTOR**

### CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO ASIGNADO.**

Observaciones: PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO

**APTO** PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS

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 MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	AUDIOMETRÍA	✓
VISIONMETRIA	✓	-----	-----

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP : USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	CONTROL DE PESO : CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO : AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE : HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA EN SU EPS.		DIETA BALANCEADA : DIETA BALANCEADA BAJA EN GRASAS, CARBOHIDRATOS Y HARINAS.

### OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO. CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL PERFIL BIOPSICOFÍSICO PARA EL CARGO. SE REALIZA EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CONDUCTORES. SE EVIDENCIA ALTERACIÓN DEL PESO QUE NO LE IMPIDE LAS ACTIVIDADES O TAREAS DEL CARGO. EN PRUEBA DE OPTOMETRÍA SE EVIDENCIA ALTERACIÓN QUE NO IMPIDE LAS ACTIVIDADES O TAREAS DEL CARGO. PRUEBA DE AUDIOMETRÍA NORMAL. SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA EN SU EPS.

SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. MANTENER ALIMENTACIÓN BALANCEADA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS. REALIZAR EJERCICIO REGULAR, CONTROL DEL PESO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA Y SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS Y PELIGROS, ESTIRAMIENTOS MUSCULARES DE MIEMBROS SUPERIORES, INFERIORES Y DE COLUMNA. MANTENER UNA BUENA HIGIENE POSTURAL. ASISTIR A CONTROL MÉDICO DE RUTINA EN EPS. SE RECOMIENDA CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO. CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGÚN NORMATIVA VIGENTE.

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.

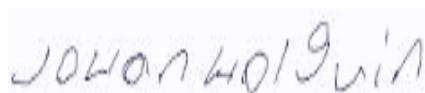
**Médico**

Firma:

Nombre: HERRERA CASTRO HENRY ARAMIS

R. M.: CMC2016-15214

L.S.O.: 2020060113697

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: HOLGUIN YEPES YOJAN ALBERTO

Código de Seguridad

**I820O1U44788**

CC: 1020438613



Nº Identificación: 1020438613

Nombre del Paciente: HOLGUIN YEPES YOJAN ALBERTO

Edad: 34 AÑOS

EPS: SURA

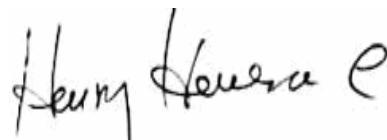
CIE 10: [H527] TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO, [Z100] EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

[CUPS], Nombre de la Remisión ,Motivo de la Remisión.

- R/* 1. [890207] OPTOMETRIA  
PACIENTE DE 34 AÑOS A QUIEN SE LE REALIZA VISIONMETRÍA ENCONTRÁNDOSE LEVE DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL LEJANA. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, NO ESPECIFICADO (H527). SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA EN SU EPS.



Código de Seguridad

**1820O11U44788**

HERRERA CASTRO HENRY ARAMIS

R.M. CMC2016-15214 - Firmado Electronicamente