

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 44.788

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
13 DÍA	03 MES	2025 AÑO	LA ESTRELLA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO			
Hora: 7:31 a.m.			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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)							
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: PUEDEN 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			
VISIOMETRIA				-----			
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		PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAÚSAS 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							
<p>PUEDEN DESEMPEÑAR EL CARGO. CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL PERFIL BIOPSIKOFÍSICO 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.</p> <p>SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. MANTENER ALIMENTACIÓN BALANCEADA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS. REALIZAR EJERCICIO REGULAR, CONTROL DEL PESO. REALIZAR PAÚSAS 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.</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: HERRERA CASTRO HENRY ARAMIS

R. M.: CMC2016-15214

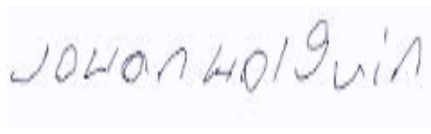
L.S.O.: 2020060113697



Código de Seguridad

I820O1U44788

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: HOLGUIN YEPES YOJAN ALBERTO

CC: 1020438613





INVERSIONISTAS Y PROTECTORES EN SALUD S.A.S

NIT. 900.329.703-8

E-mail: comercial@inprosalud.com.co

Tel: 60+1+7443330

Web: www.inprosalud.com.co

Funza 2528602304-08 - Madrid 2543002304-01 - Ibagué 7300102131-01

Montería 2300101408-01 - Ubaté 2584302304-09

OE 20 053801204204 - Palermo 415980130002 - Cartagena 1300102263

REMISIONES

13

03

2025

N° 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 VISIOMETRÍA 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

I820O11U44788

HERRERA CASTRO HENRY ARAMIS

R.M. CMC2016-15214 - Firmado Electronicamente