



LABOR HEALTH IPS S.A.S.
NIT: 901552472-1
Dir: Cra 43 A - 18 Sur - 135 Local 422
Cel: 317 647 7139
Correo: servicioalcliente@ipslaborhealth.com
Medellín, Antioquia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 17.382

| | | | | | | | |
|--|-----|--------------------------------------|-----------------------------------|---|-------------------------|-------------------------------------|------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
| 20 | 09 | 2025 | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PERIÓDICO | | | |
| DÍA | MES | AÑO | Ciudad | | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE | | | | | | | |
| INDEPENDIENTE | | | | INDEPENDIENTE | | | |
| 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) | | | | | | | |
| AGUDELO RODRIGUEZ SEBASTIAN | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | | | MASCULINO | 37 AÑOS 10 MESES 0 DÍAS | CC | 1128424543 |
| Apellidos y Nombres | | | | | | Tipo | Número |
| Cargo CONDUCTOR | | | | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PUEDE CONTINUAR LABORANDO | | | | | | | |
| Observaciones: NO APLICA | | | | | | | |
| APTO | | PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS | | | | | |
| APTO | | PARA ENFASIS EN RIESGO OSTEOMUSCULAR | | | | | |
| RESTRICCIONES LABORALES | | | | TIPO | | RECOMENDACIONES | |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | | | | NO APLICA | | NO APLICA | |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados: | | | | | | | |
| AUDIOMETRÍA | | | | PRUEBAS PSICOSENSOMETRICA | | | |
| VISIOMETRIA OCUPACIONAL POR OPTOMETRA | | | | EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | HÁBITOS SALUDABLES | |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | | | | | HACER DEPORTE | |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | | | | | DIETA BALANCEADA | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES Y VISUALES RESPETAR LIMITES DE VELOCIDAD Y NORMAS DE TRANSITO EVITAR DISTRACCIONES (USO DE CELULAR, MANIPULAR RADIO) MIENTRAS CONDUCE MANTENER LA DISTANCIA CON OTROS VEHICULOS UTILIZAR CINTURON DE SEGURIDAD/CASCO ASEGURARSE QUE LA CARGA ESTE BIEN SUJETA Y DENTRO DE LOS LIMITES PERMITIDOS CONDUCCION CON PRECAUCION EN TIEMPOS DE LLUVIA O NIEBLA VERIFICAR ESTADO DEL VEHICULO ANTES DE SALIR (LUCES, NEUMATICOS, FRENOS Y NIVELES DE LIQUIDOS) TENER BUEN DESCANSO ANTES DE INICIAR VIAJE LARGO CONDUCCION CON LAS VENTANAS ARRIBA, PARA DISMINUIR EXPOSICION A RUIDO | | | | | | | |
| 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

Mayra Esthher B.

Firma:

Nombre: CC: 22656812 - MAYRA ESTHER MARTINEZ

R. M.: 1310879

L.S.O.: 2021060008556



Código de Seguridad

T1354Z1F17382

Aspirante o Trabajador

Sebastian A.

Firma:

Nombre: AGUDELO RODRIGUEZ SEBASTIAN

CC: 1128424543



LABOR HEALTH IPS S.A.S.

NIT: 901552472-1
Dir: Cra 43 A - 18 Sur - 135 Local 422
Cel: 317 647 7139
Correo: servicioalcliente@ipslaborhealth.com
Medellín, Antioquia



Código de Seguridad

G1354M57S1738



N° 17382

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

| | | | | | | | | | |
|---|-----|------|--------------------------------|--|--|-------------------------|--|-----------------------------|--|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | | | |
| 20 | 09 | 2025 | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PERIÓDICO | | | | | |
| DÍA | MES | AÑO | Ciudad | | | | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE | | | | | | | | | |
| INDEPENDIENTE | | | | INDEPENDIENTE | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | |
| AGUDELO RODRIGUEZ SEBASTIAN | | | | Genero | | Edad | | Documento de Identificación | |
| | | | | MASCULINO | | 37 AÑOS 10 MESES 0 DÍAS | | CC 1128424543 | |
| Apellidos y Nombres | | | | | | Tipo | | Número | |
| Cargo | | | | | | | | | |
| CONDUCTOR | | | | | | | | | |
| TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO | | | | | | | | | |
| RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES | | | | | | | | | |
| HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA | | | | | | | | | |
| RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | | | | | | | |
| PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | | | | | | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | | | | | | | | |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | | | | | | | | |

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Mayra Esther Mart

Profesional: CC: 22656812 - MAYRA ESTHER MART
R. M.: 1310879 L.S.O.: 2021060008556
Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

FIRMA AQUÍ

FIRMA AQUÍ

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____