



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 30.745

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
01 DÍA	10 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTE Y LOGISTICA EMPRESARIAL S.A.S				TRANSPORTE Y LOGISTICA EMPRESARIAL S.A.S			
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)							
FAJARDO CASTILLO CRISTIAN DANIEL				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	41 AÑOS	CC	7320065
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL							
Observaciones: <i>NO APLICA</i> PARA LA LABOR ASIGNADA							
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 MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA			✓	PSICOACTIVO			✓
AUDIOMETRÍA			✓	COLESTEROL			✓
VISIOMETRÍA			✓	TRIGLICERIDOS			✓
GLICEMIA			✓	ALCOHOLIMETRIA			✓
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			✓	-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			SVE AUDITIVO			HABITOS SALUDABLES	
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>- CURVA AUDIOMÉTRICA COMPATIBLE CON DESCENSO AUDITIVO MODERADO BILATERAL EN FRECUENCIAS 6-8 HZ CON CONSERVACIÓN DE FRECUENCIAS CONVERSACIONALES. REALIZAR CONTROL AUDITIVO EN SEIS MESES, UTILIZAR PROTECCIÓN AUDITIVA EN AMBIENTE RUIDOSO</p> <p>- GLUCOMETRIA , COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS : NORMAL . PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA NO REACTIVA</p> <p>- ALCOHOLIMETRIA NEGATIVO</p> <p>- EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 85 DB POR MAS DE 8 HORAS , EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES O AUDÍFONOS , EVITAR EXPOSICIÓN A MÚSICA A ALTO VOLUMEN . MANEJAR CON VIDRIOS CERRADOS. CONTROL AUDIOMETRICO EN 6 MESES</p> <p>- DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE ENCUENTRA POR FUERA DE LOS RANGOS DE LA NORMALIDAD, EN EL ÁREA DE PERCEPCIÓN DE LA VELOCIDAD Y ESTIMACIÓN DEL MOVIMIENTO. LA PRESENTE ALTERACIÓN NO ES LIMITANTE PARA LAS ACTIVIDADES DE CONDUCCIÓN. SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO.</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. De igual manera he sido notificado por parte del médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional.

Médico

Raúl Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404

L.S.O.: S201706010407



Código de Seguridad
Z117F1L30745

Aspirante o Trabajador

Cristian Daniel Fajardo

Firma: _____

Nombre: FAJARDO CASTILLO CRISTIAN DANIEL

CC: 7320065



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com

RECOMENDACIONES

Paciente: FAJARDO CASTILLO CRISTIAN DANIEL

Identificación: CC: 7320065

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CLL 5 SUR # 88 B- 220

Fecha: 01/10/2025

Fecha Nacimiento: 10/02/1983

Edad: 40 AÑOS

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables

DIETA BALANCEADA, Hábitos Saludables

RECOMENDACIONES Médicas

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES Ocupacionales

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE AUDITIVO

MÉDICO

Raúl Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404

L.S.O. S2017060104075

PACIENTE

Cristian Daniel Fajardo

Firma: _____

Nombre: FAJARDO CASTILLO CRISTIAN DANIEL

CC: 7320065