



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 44.311

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
18 DÍA	03 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	
Ciudad			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
RUTAS VERDE Y BLANCO SAS			RUTAS VERDE Y BLANCO SAS	
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)				
GONZALEZ MUÑOZ ANDERSON ANDRES			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	34 AÑOS
Carga			Documento de Identificación	
CONDUCTOR			CC	1018223284
			Tipo	Número
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)				
Observaciones: NO APLICA				
NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				N/A
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES	
NO APLICA		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		✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	
AUDIOMETRÍA		✓	PSICOACTIVO	
VISIOMETRÍA		✓	-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR SEGUIMIENTO MEDICO EN SU EPS		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				DIETA BALANCEADA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO				
- 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				
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		Aspirante o Trabajador		
Firma:		Firma:		
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO		Nombre: GONZALEZ MUÑOZ ANDERSON ANDRES		
R. M.: 5065404	L.S.O.: S201706010407	Código de Seguridad B117H1N44311		
		CC: 1018223284		

RECOMENDACIONES

Paciente: GONZALEZ MUÑOZ ANDERSON ANDRES

Fecha: 18/03/2025

Identificación: CC: 1018223284

Fecha Nacimiento: 05/03/1991

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 34 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CLL 66 B 97 -93 BLO 15 AP 9801

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CONTINUAR SEGUIMIENTO MEDICO EN SU EPS, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

PACIENTE

Gonzalez Muñoz Anderson Andres

Firma: _____

Nombre: GONZALEZ MUÑOZ ANDERSON ANDRES

CC: 1018223284