



Nº 44.521

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

26 DÍA	03 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
				EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

Ciudad

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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)

ARBOLEDA HOYOS FERNEY EMILIO

Genero

Edad

Documento de Identificación

MASCULINO

36 AÑOS

CC

1018343952

Apellidos y Nombres

Tipo

Número

Cargo

CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL

Observaciones: NO APLICA

PARA LA LABOR ASIGNADA

NO SE EVALUARÓN 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
COLUMNNA



PRUEBA PSICOSENSOMETRICA



AUDIOMETRÍA



PSICOACTIVO



VISIOMETRÍA



RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

USAR CORRECCIÓN VISUAL : DE MANERA
PERMANENTE PARA TRABAJAR.

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

HÁBITOS SALUDABLES

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

SVE OSTEOMUSCULAR

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

HACER DEPORTE

VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICION .

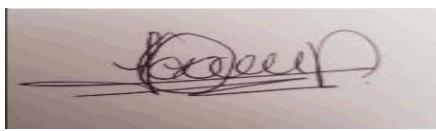
DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA : NO REACTIVA

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



Firma:

Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R. M.: 5-1216-10

L.S.O.: 2017060104660

Aspirante o Trabajador

Emilio Arboleda

Firma:

Nombre: ARBOLEDA HOYOS FERNEY EMILIO

CC: 1018343952



Código de Seguridad

X117D1J44521

RECOMENDACIONES**Paciente:** ARBOLEDA HOYOS FERNEY EMILIO**Fecha:** 26/03/2025**Identificación:** CC: 1018343952**Fecha Nacimiento:** 12/06/1988**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 36 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE**Dirección:** CLL 70 # 64 39**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL: DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR. , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: POR NUTRICIÓN .

MÉDICO**Firma:** _____**Nombre:** OCAMPO VILLA JOHN JAIRO**R.M.** 5-1216-10 **L.S.O.** 2017060104660**PACIENTE***Emilio Arboleda***Firma:** _____**Nombre:** ARBOLEDA HOYOS FERNEY EMILIO**CC:** 1018343952