



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 44.597

### FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

27 DÍA	03 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL <b>EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO</b>
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)

RESTREPO RUIZ ALEXANDER

Genero	Edad	Documento de Identificación
MASCULINO	29 AÑOS	CC 1036661222

Apellidos y Nombres

Tipo	Número
------	--------

Cargo

**CONDUCTOR**

### CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

## APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: **NO APLICA**

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

N/A

### RESTRICCIONES LABORALES

NO APLICA

### TIPO

NO APLICA

### RECOMENDACIONES

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	✓
VISIONETRÍA	✓	-----	-----

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE PARA CONDUCIR	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES DIETA BALANCEADA

### OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO
- DEBE USAR LOS LENTES DE CORRECCIÓN VISUAL DE FORMA PERMANENTE (ES NECESARIO PARA EVITAR ACCIDENTES, CANSANCIO VISUAL Y LA PROGRESIÓN DE SU ENFERMEDAD)

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**

Raul Zapata



Código de Seguridad

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404

L.S.O.: S201706010407

**0117U1A44597**

**Aspirante o Trabajador**



Firma:

Nombre: RESTREPO RUIZ ALEXANDER

CC: 1036661222

**RECOMENDACIONES****Paciente:** RESTREPO RUIZ ALEXANDER**Fecha:** 27/03/2025**Identificación:** CC: 1036661222**Fecha Nacimiento:** 29/06/1995**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 29 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE**Dirección:** CLL 84 # 50BB 35**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

USAR CORRECCIÓN VISUAL: USO PERMANENTE PARA CONDUCIR

**MÉDICO***Raoul Zapata***Firma:** \_\_\_\_\_**Nombre:** ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO**R.M.** 5065404**L.S.O.** S2017060104075**PACIENTE***Alexander Restrepo***Firma:** \_\_\_\_\_**Nombre:** RESTREPO RUIZ ALEXANDER**CC:** 1036661222