



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 44.710

| | | | | | | | |
|---|-----------|-------------|--------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
| 01 DÍA | 04 MES | 2025 AÑO | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | | | |
| | | | Ciudad | | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA 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) | | | | | | | |
| HOLGUIN VILLA ANDRES FELIPE | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| Apellidos y Nombres | | | | MASCULINO | 35 AÑOS | CC | 1081914804 |
| | | | | | | Tipo | Número |
| Cargo CONDUCTOR | | | | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APLAZADO POR CONDICIÓN MÉDICA (REMITIDO A): | | | | | | | |
| Observaciones: <i>HASTA PRUEBA EN ORINA NO REACTIVA</i> | | | | | | | |
| 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 | |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | HÁBITOS SALUDABLES | |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | | | | | DIETA BALANCEADA | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| - TOXICOS EN ORINA REACTIVO - SE RECOMIENDA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO DEFINIDAS EN LA EMPRESA SEGÚN SU PROGRAMA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS | | | | | | | |
| 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: _____ Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO R. M.: 5065404 L.S.O.: S201706010407/ | | | |  Código de Seguridad G117M1S44710 | | | |
| | | | |  Firma: _____ Nombre: HOLGUIN VILLA ANDRES FELIPE CC: 1081914804 | | | |

RECOMENDACIONES

Paciente: HOLGUIN VILLA ANDRES FELIPE

Fecha: 01/04/2025

Identificación: CC: 1081914804

Fecha Nacimiento: 05/11/1989

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 35 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: MARINILLA

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

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

Andrés Holguín

Firma: _____

Nombre: HOLGUIN VILLA ANDRES FELIPE

CC: 1081914804