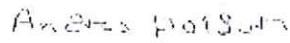




## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 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 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)							
HOLGUIN VILLA ANDRES FELIPE				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	35 AÑOS	CC	1081914804
						Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
<b>APLAZADO POR CONDICIÓN MÉDICA (REMITIDO A):</b>							
Observaciones: <i>HASTA PRUEBA EN ORINA NO REACTIVA</i>							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)						N/A	
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
NO APPLICA				NO APPLICA	NO APPLICA		
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		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- TOXICOS EN ORINA REACTIVO</li> <li>- SE RECOMIENDA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO DEFINIDAS EN LA EMPRESA SEGÚN SU PROGRAMA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</li> </ul>							
<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.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
							
Firma:				Firma:			
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO				Nombre: HOLGUIN VILLA ANDRES FELIPE			
R. M.: 5065404		L.S.O.: S201706010407		cc: 1081914804			
 Código de Seguridad				<b>G117M1S44710</b>			



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

## 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

Raoul Zapata

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

### PACIENTE

Andrés Felipe

Firma:

Nombre: HOLGUIN VILLA ANDRES FELIPE

CC: 1081914804