



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 28.594

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
05 DÍA	09 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
Ciudad							
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)							
SALDARRIAGA SOTO NOVIER ALBERTO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	34 AÑOS	CC	1128276382
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
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		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				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				✓	GLICEMIA		
AUDIOMETRÍA				✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA		
VISIOMETRÍA				✓	PSICOACTIVO		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
USAR CORRECCIÓN VISUAL : DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR.		SVE VISUAL		HÁBITOS SALUDABLES			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEOMUSCULAR		HACER DEPORTE			
				DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
GLUCOMETRIA : NORMAL , 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				Aspirante o Trabajador			
 Firma:				 Firma:			
Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO				Nombre: SALDARRIAGA SOTO NOVIER ALBERTO			
R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660				Código de Seguridad Q117W1C28594 CC: 1128276382			

RECOMENDACIONES

Paciente: Saldarriaga Soto Novier Alberto

Fecha: 05/09/2023

Identificación: CC: 1128276382

Fecha Nacimiento: 06/12/1988

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 34 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CRRA 110 29 C 17

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, Hábitos saludables, hacer deporte

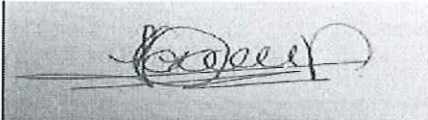
RECOMENDACIONES MÉDICAS

Audiometría de control en un año, Examen visual de control en un año, usar corrección visual: de manera permanente para trabajar.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

Pausas activas e higiene postural, SVE osteomuscular, SVE visual

MÉDICO

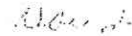


Firma: _____

Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R.M. 5-1216-10 L.S.O 2017060104660

PACIENTE



Firma: _____

Nombre: Saldarriaga Soto Novier Alberto

CC: 1128276382

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

FECHA DEL EXAMEN: 27/06/2019 11:55 a. m.

Documento: 1128276382
Sexo: M
Fecha nacimiento: 06/12/1988
Municipio de residencia: MEDELLIN
Teléfono: 3003217459
Profesión: CONDUCTOR
Escolaridad: Primaria INCOMPLETA
Estrato: 2
ARL: SURA

Paciente: NOVIER ALBERTO SILDARRIAGA SOTO
Edad: 30 años
Lugar de nacimiento: EL AGUILA-VALLE
Dirección: BARRIO BELEN AGUAS FRIAS
Empresa: RUTAS VERDE Y BLANCO
Cargo: CONDUCTOR
Estado civil: SOLTERO(A)
EPS: Sura
AFP: COLPENSIONES



MOTIVO DE CONSULTA: Periodica

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR

OBSERVACIONES Y DETALLES DE LA RESTRICCIÓN:

OBSERVACIONES GENERALES
SE REALIZA VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA, PRUEBA DE PSICOMETRIA, TOXICOS EN ORINA, AGUILLAMETRIA, RESPETO DE NORMAS DE SEGURIDAD, USO DE ADECUADOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN LOS CASOS NECESARIOS, DAR LA RESPECTIVA INDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN PERMANENTE, SUFICIENTE Y ADECUADA EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS RELACIONADOS CON LAS TAREAS, VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS Y SEGURAS DEL PUESTO DE TRABAJO, CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y ADECUADO MANEJO DE LA MECÁNICA CORPORAL Y PREVENCIÓN DE LAS LESIONES ORTOGONIALES, INCLUIDO EN COLUMNA VERTEBRAL, INGRESAR A LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PERTINENTES PARA LA CONSERVACIÓN DE LA SALUD, ADOPCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, EVITAR USO DEL ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS, EVITAR EL SEDENTARISMO, CONTROL DE PESO, DIETA SANA Y PRÁCTICA REGULAR DE ACTIVIDAD FÍSICA 4-5 VECES POR SEMANA, USO DE PROTECCIÓN SOLAR Y RESPETO POR LAS SEÑALES DE TRÁNSITO, PRÁCTICA DE MANEJO DEFENSIVO, CONTROL POR OPTOMETRIA CADA AÑO Y USO DE LENTES SEGUN INDICACION PARA LA ACTIVIDAD A DESEMPEÑAR, CONTROL NUTRICIONAL EN EPS
RECOMENDACIONES
1.
2.
3.
4.
5.
EXAMEN PARA USO EXCLUSIVO DE RUTAS VERDE Y BLANCO NIT 811010525-1, EN NINGÚN CASO PODRÁ SER UTILIZADA POR OTRA EMPRESA SO PENA DE LAS SANCIONES DESCRITAS EN EL ART 3. DE LA RESOLUCIÓN 1918 DE 2009, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.

Para efectos legales el paciente y el médico especialista en salud ocupacional declaran BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO que la información suministrada en este documento es verdadera. Queda bajo facultad de la empresa contratante el vincular laboralmente el paciente en el cargo a desempeñar teniendo en cuenta la evaluación del CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL, las exigencias de la empresa y demás requisitos de la misma.

MIGUEL DARIO MIRANDA
Wed Aug 24 2016 10:00:22
MIGUEL DARIO MIRANDA
MEDICINA DEL TRABAJO
Registro: 98598

NOVIER SILDARRIAGA
Thu Jun 27 2019 11:55:34

Firma del paciente



VERIFICACIÓN DE CARPETAS

NOMBRE EMPLEADO: Manuela Lopez

C.C. No.: 1.017.237.572

INFORMACIÓN PERSONAL	SI	NO	N/A	Observaciones
HOJA DE VIDA	✓			
CÉDULA DE CIUDADANIA	✓			
LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Para conductores)	✓			
DIPLOMA BACHILLER Y OTRAS COMPETENCIAS	✓			
CERTIFICACIONES LABORALES	✓			
REFERENCIAS PERSONALES	✓			
CERTIFICACIÓN AFP	✓			
CONTRATACIÓN	SI	NO	N/A	Observaciones
CONTRATO LABORAL	✓			
MANUAL DE FUNCIONES	✓			
ENTREVISTA	✓			
AFILIACIONES CCF, AFP, EPS, ARL	✓			
PLAN DE INDUCCION	✓			
ENTREGA DEL VEHICULO (para conductores)			✓	
ENTREGA DE DOTACIÓN			✓	
DOCUMENTOS DE GRUPO FAMILIAR			✓	