



N° 45.138

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

15 DÍA	04 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL <b>EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO</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)

**CASTAÑO GOMEZ LINA MARCELA**

Genero	Edad	Documento de Identificación
FEMENINO	41 AÑOS	CC 43323578

Apellidos y Nombres

Tipo Número

Cargo

**CONDUCTORA**

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 COLUMNA



PRUEBA PSICOSENSOMETRICA



AUDIOMETRÍA



PSICOACTIVO



VISIONETRÍA



-----

**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

SVE OSTEOMUSCULAR

CONTROL DE PESO

VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICIÓN .

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA

HACER DEPORTE

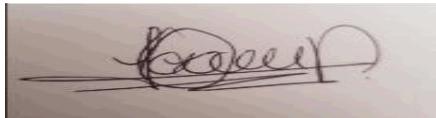
DIETA BALANCEADA

### 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

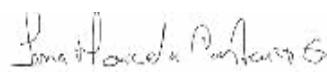
L.S.O.: 2017060104660



Código de Seguridad

**Y117E1K45138**

**Aspirante o Trabajador**



Firma:

Nombre: CASTAÑO GOMEZ LINA MARCELA

CC: 43323578

**RECOMENDACIONES****Paciente:** CASTAÑO GOMEZ LINA MARCELA**Fecha:** 15/04/2025**Identificación:** CC: 43323578**Fecha Nacimiento:** 30/10/1983**Cargo:** CONDUCTORA**Edad:** 41 AÑOS**Género:** FEMENINO**Estado Civil:** SOLTERO(A)**Dirección:** CALLE 63 B 100 21**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

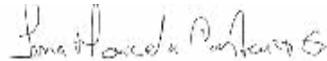
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: POR NUTRICION .

**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

**MÉDICO****Firma:** \_\_\_\_\_**Nombre:** OCAMPO VILLA JOHN JAIRO**R.M.** 5-1216-10      **L.S.O.** 2017060104660**PACIENTE****Firma:** \_\_\_\_\_**Nombre:** CASTAÑO GOMEZ LINA MARCELA**CC:** 43323578