



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 34.217

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
10 DÍA	04 MES	2024 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)			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)						
ALZATE CASTAÑO DANIEL			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	50 AÑOS	CC	70953048
Cargo CONDUCTOR					Tipo	Número
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL						
<b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>						
Observaciones: NO APLICA						
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 COLUMNAS			✓	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					CONTROL DE PESO	
ESPECIALISTA : POR CIRUGIA GENERAL EN SU EPS PARA VALORACION DE DEBILIDAD DE PARED ABDOMINAL, NO GENERA RESTRICCIONES					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
					DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
-TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO						
<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: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO		Nombre: ALZATE CASTAÑO DANIEL				
R. M.: 050595-14		L.S.O.: 10144 DE 10/11/				
		Código de Seguridad Y117E1K34217 cc: 70953048				

## RECOMENDACIONES

Paciente: ALZATE CASTAÑO DANIEL

Fecha: 10/04/2024

Identificación: CC: 70953048

Fecha Nacimiento: 05/10/1973

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 50 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SEPARADO(A)

Dirección: VEREDA LA MESETA

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

### RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

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

### RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, ESPECIALISTA: POR CIRUGIA GENERAL EN SU EPS PARA VALORACION DE DEBILIDAD DE PARED ABDOMINAL, NO GENERA RESTRICCIONES , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

### MÉDICO



Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: VELASQUEZ BETANCUR EDIER ALBEIRO

R.M. 050595-14 L.S.O 10144 DE 10/11/20

### PACIENTE



Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: ALZATE CASTAÑO DANIEL

CC: 70953048