



Nº 48.266

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

04 DÍA	08 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL <b>EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO</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)

QUIROGA PORRAS ENRIQUE

Genero	Edad	Documento de Identificación
MASCULINO	62 AÑOS	CC
		79276790

Apellidos y Nombres

Tipo

Número

Cargo

**CONDUCTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)**

Observaciones: **NO APLICA**

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES NO APLICA	TIPO NO APLICA	RECOMENDACIONES 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	✓
VISIONETRÍA	✓	-----	-----

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO DIETA BALANCEADA

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO
- SE SUGIERE SOLICITAR CITA ANUAL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA EVALUACIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO
- EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 85 DB POR MAS DE 8 HORAS , EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES O AUDÍFONOS , EVITAR EXPOSICIÓN A MÚSICA A ALTO VOLUMEN . MANEJAR CON VIDRIOS CERRADOS

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**

Raúl Zapata

Firma:

Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA

R. M.: 5065404

L.S.O.: S201706010407!



Código de Seguridad

A117G1M48266

**Aspirante o Trabajador**

Quiroga Porras Enrique

Firma:

Nombre: QUIROGA PORRAS ENRIQUE

cc: 79276790

**RECOMENDACIONES****Paciente:** QUIROGA PORRAS ENRIQUE**Fecha:** 04/08/2025**Identificación:** CC: 79276790**Fecha Nacimiento:** 03/06/1963**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 62 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE**Dirección:** CLL 12 # 15 19**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

SVE AUDITIVO, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

**MÉDICO**

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

Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

**PACIENTE**

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

Nombre: QUIROGA PORRAS ENRIQUE

CC: 79276790