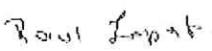
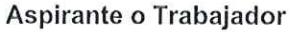




Nº 28.635

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
06 DÍA	09 MES	2023 AÑO	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)							
SEPULVEDA VALDES DIEGO LEON				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	53 AÑOS	CC	98579420
						Tipo	Número
INDUCTOR							
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 : USO PERMANENTE PARA CONDUCIR		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- GLUCOMETRIA NORMAL, TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO							
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 que 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: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO				Nombre: SEPULVEDA VALDES DIEGO LEON			
R. M.:		5065404		L.S.O.:		cc: 98579420	
 Código de Seguridad R117X1D28635							

RECOMENDACIONES

Paciente: SEPULVEDA VALDES DIEGO LEON

Fecha: 06/09/2023

Identificación: CC: 98579420

Fecha Nacimiento: 24/10/1969

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 53 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CALLE 32 56 111

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL: USO PERMANENTE PARA CONDUCIR

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

PACIENTE

Raoul Zapata

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O

Firma: _____

Nombre: SEPULVEDA VALDES DIEGO LEON

CC: 98579420