



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 10.450

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
22 DÍA	10 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTE Y LOGISTICA SAM SAS				TRANSPORTE Y LOGISTICA SAM 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)							
MUÑOZ ALVAREZ JOHAN CAMILO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	34 AÑOS 3 MESES 3 DÍAS	CC	1128439488
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LA LABOR							
Observaciones: NO APLICA							
APTO	PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS						
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA	NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
161 PAQUETE CONDUCTORES SENCILLO				✓	00723 GLICEMIA	✓	
00123 EXAMENES DE SALUD OCUPACIONAL DE INGRESO				✓	01423 COLESTEROL TOTAL	✓	
00823 AUDIOMETRIA				✓	01323 TRIGLICERIDOS	✓	
00423 VISIONETRIA				✓	0099 PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APROBADA NORMAL							
GLICEMIA NORMAL							
TRIGLICERIDOS : NORMAL							
COLESTEROL TOTAL NORMAL							
ESPIROMETRIA NORMAL							
AUDIOMETRIA NORMAL BILATERAL							
VISIONETRIA NORMAL CON CORRECCION							
EXAMEN OSTEOMUSCULAR ASINTOMATICO AL MOMENTO DEL EXAMEN, SIN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES APARENTE							
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.							

Médico

Firma:

Nombre: CC: 63307432 - MARTHA BIBIANA NUÑEZ

R. M.: 10276

L.S.O.: 60229560

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: MUÑOZ ALVAREZ JOHAN CAMILO

Código de Seguridad

Z1335F1L10450

CC: 1128439488