



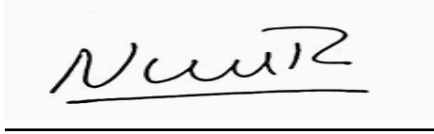
## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.450

|  |           |                              |                                |  |                           |                                     |            |
|--|-----------|------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------|-------------------------------------|------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN   |           |                              |                                | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL        |                           |                                     |            |
| 22<br>DÍA  | 10<br>MES | 2025<br>AÑO                  | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |                           |                                     |            |
|  |           |                              | Ciudad                         |  |                           |                                     |            |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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<br>3 DÍAS | CC                                  | 1128439488 |
| Apellidos y Nombres  |           |                              |                                |  |                           | Tipo                                | Número     |
| Cargo<br><b>CONDUCTOR</b>  |           |                              |                                |  |                           |                                     |            |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL<br><b>APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LA LABOR</b>   |           |                              |                                |  |                           |                                     |            |
| 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 VISIOMETRIA  |           |                              |                                | 0099 PRUEBA PSICOSENSOMETRICA            |                           |                                     |            |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS  |           |                              |                                | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES            |                           | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |            |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL   |           |                              |                                | USO DE EPP                               |                           | HÁBITOS 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<br>GLICEMIA NORMAL<br>TRIGLICERIDOS : NORMAL<br>COLESTEROL TOTAL NORMAL<br>ESPIROMETRIA NORMAL<br>AUDIOMETRIA NORMAL BILATERAL<br>VISIOMETRIA NORMAL CON CORRECCION<br>EXAMEN OSTEOMUSCULAR ASINTOMATICO AL MOMENTO DEL EXAMEN, SIN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES APARENTES  |           |                              |                                |  |                           |                                     |            |
| 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



Código de Seguridad

**Z1335F1L10450**

**Aspirante o Trabajador**

Firma:



Nombre: MUÑOZ ALVAREZ JOHAN CAMILO

CC: 1128439488