IPS VITAL ESPECIALISTAS EN DIAGNOSTICO MEDICO S.A.S.
LICENCIA DE SALUD OCUPACIONAL / RES. 25-00879 DE 23-OCT-2023

SEDE LA VIRGEN
TRANS. 2 # 2-205 - UBATE / CUND
TEL. 601 855 0380 - 320 358 7172
INFOLAVIRGEN@IPSVITAL.COM

SEDE PRINCIPAL
CRA. 7 # 5-64 - UBATE / CUND
TEL. 601 855 1678 - 320 358 7172
INFO@IPSVITAL.COM

WWW.IPSVITAL.COM - NIT: 901.413.726-1



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.161

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	09 MES	2025 AÑO	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL - ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

MAS QUE MOTOS SAS	MAS QUE MOTOS 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)

PRADA RINCON JHONN FREDY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	46 AÑOS 8 MESES 6 DÍAS	CC	80543211
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
JEFE LOGISTICO Y CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO: SIN DEFECTO FISICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR .

Observaciones: *NO APLICA*

APTO	PARA CONDUCTOR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	✓	ESPIROMETRIA EXAMEN OCUPACIONAL	✓
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	✓	EXAMENES CONDUCTORES CON PRUEBAS PSICOLOGIA, PSICOSENSOMETRICA Y PSICOTECNICA	✓
PERFIL LIPIDICO-COL TOTAL, COL (HDL-LDL- VLDL) TRIGLICERIDOS	✓	GLICEMIA (AYUNAS)	✓
AUDIOMETRIA EXAMEN OCUPACIONAL	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
VISIOMETRIA EXAMEN OCUPACIONAL	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. SU ALTERACION DEL PESO CONSTITUYE UNA ENFERMEDAD METABOLICA DE ORIGEN COMUN QUE NO LE GENERA NINGUN TIPO DE RESTRICCION OCUPACIONAL , SE BRINDAN RECOMENDACIONES VERBALES DE MEJORAS EN LOS HABITOS ALIMENTICIOS Y REALIZACION DE EJERCICIO FISICO.

POR LO DEMAS, DE ACUERDO CON LA EVALUACIÓN MÉDICA REALIZADA Y LOS PARACLÍNICOS TOMADOS, NO SE ENCONTRARON ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS QUE PUEDAN GENERAR UN RIESGO SANITARIO POR LO QUE SE CONSIDERA TRABAJADOR APTO PARA REALIZAR LA LABOR, SIN RESTRICCIONES. SE RECOMIENDA CONTROL OCUPACIONAL ANUAL, HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Scanned with CamScanner