



**Nº 34.444**

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

|           |           |             |                                  |                                      |
|-----------|-----------|-------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| 08<br>DÍA | 03<br>MES | 2024<br>AÑO | <b>IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)</b> | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL    |
|           |           |             |                                  | <b>EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO</b> |

Ciudad

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

**BIPTRANSPORTES**

**BIPTRANSPORTES**

**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)

**FIERRO CORTES HARVEY**

| Genero    | Edad                     | Documento de Identificación |            |
|-----------|--------------------------|-----------------------------|------------|
| MASCULINO | 35 AÑOS 10 MESES 14 DÍAS | CC                          | 1106394233 |
|           |                          | Tipo                        | Número     |

Apellidos y Nombres

Cargo

**CONDUCTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO ASIGNADO.**

Observaciones: *PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES*

**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:**

|  |   |                  |       |
|--|---|------------------|-------|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEO muscular | ✓ | COLESTEROL TOTAL | ✓     |
| OPTOMETRÍA   | ✓ | GLICEMIA PRE     | ✓     |
| AUDIOMETRÍA  | ✓ | TRIGLICERIDOS    | ✓     |
| PSICOMOTRIZ  | ✓ | -----            | ----- |

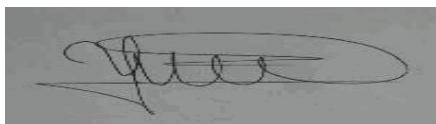
| RECOMENDACIONES MÉDICAS   | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES     | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO  | USO DE EPP                        | HABITOS SALUDABLES                  |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO  | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | CONTROL DE PESO : BAJAR DE PESO     |
| VALORACIÓN POR EPS : CONTROL DE PESO Y OBESIDAD, VALORACION POR NUTRICION |                                   | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA           |
|   |                                   | HACER DEPORTE                       |
|   |                                   | DIETA BALANCEADA                    |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

INDUCCION AL CARGO.

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.

**Médico**



Firma:

Nombre: MORENO GALINDO YENI SONIDIA



**Aspirante o Trabajador**

*Herny Fijo C.*

Firma:

Nombre: FIERRO CORTES HARVEY

R. M.: 3566/2005

L.S.O.: 1004/2019

Código de Seguridad CC:

1106394233

**Q820W1C34444**