

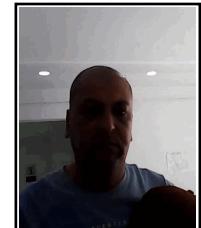


GRUPO MÉDICO LABORAL I.P.S.

NIT: 900773537-4

REPS: 7600111530-01

Carrera 73 # 6-15 - Cali, Colombia
Cel: 302 344 1919 - 313 562 9847 - 301 788 9281
Tel: (602) 390 5993 - Email: gerencia@grupomedicolaboral.com
www.grupomedicolaboral.com



Nº 68.764

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
06 DÍA	08 MES	2025 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
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)							
RIOS SANCHEZ DANNY DANIEL				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	44 AÑOS 6 MESES 18 DÍAS	CC	6135682
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo CONDUCTOR DE SERVICIO ESPECIAL							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO							
APTO	EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO						
APTO	SIN PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR						
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
VISIOMETRIA OCUPACIONAL				✓	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR		✓
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA				✓	PERFIL LIPIDICO		✓
EVALUACIÓN PSICOSENSOMÉTRICA (TAMIZAJE)				✓	TEST DE ALCOHOL EN SALIVA		✓
PANEL DE 2 DROGAS DE ABUSO (MARIHUANA, COCAINA)				✓	AUDIOMETRIA TAMIZ		✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO			USO DE EPP PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR CONTROL DE PESO DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS USO DE E.P.P SEGUN MATRIZ DE RIESGO DE LA EMPRESA.							
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: CC: 8506338 - CESAR SIERRA

R. M.: 196884

L.S.O.: 2495



Código de Seguridad

F602L1R68764**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: RIOS SANCHEZ DANNY DANIEL

CC: 6135682