



Nº 44.675

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

|   |                              |                                   |                           |                                   |   |                             |          |
|---|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---|-----------------------------|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN  |                              |                                   |                           | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |   |                             |          |
| 10<br>DÍA   | 03<br>MES                    | 2025<br>AÑO                       | IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) | EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO     |   |                             |          |
| Hora: 8:11 a.m  |                              | Ciudad                            |                           |                                   |   |                             |          |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE   |                              |                                   |                           |                                   |   |                             |          |
| UNION TEMPORAL ICBF SOCIAL 2021   |                              |                                   |                           | UNION TEMPORAL ICBF SOCIAL 2021   |   |                             |          |
| Nombre de la empresa  |                              |                                   |                           | Empresa en misión                 |   |                             |          |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)   |                              |                                   |                           |                                   |   |                             |          |
| FLOREZ LOPEZ LADYS MAGERLY  |                              |                                   |                           | Genero                            | Edad                                      | Documento de Identificación |          |
|   |                              |                                   |                           | FEMENINO                          | 51 AÑOS 1 MESES<br>2 DÍAS                 | CC                          | 65759623 |
| Apellidos y Nombres   |                              |                                   |                           |                                   |   | Tipo                        | Número   |
| Cargo<br><b>CONDUCTOR</b>   |                              |                                   |                           |                                   |   |                             |          |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL<br><b>CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO ASIGNADO.</b>   |                              |                                   |                           |                                   |   |                             |          |
| Observaciones: NO APLICA  |                              |                                   |                           |                                   |   |                             |          |
| APTO  | PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS |                                   |                           |                                   |   |                             |          |
| RESTRICCIONES LABORALES   |                              |                                   |                           | TIPO                              | RECOMENDACIONES                           |                             |          |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES   |                              |                                   |                           | NO APLICA                         | NO APLICA                                 |                             |          |
| <b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>   |                              |                                   |                           |                                   |   |                             |          |
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR   |                              |                                   |                           | ✓                                 | PSICOMOTRIZ                               |                             | ✓        |
| VISIONETRIA   |                              |                                   |                           | ✓                                 | DROGAS EN ORINA X2 (CO-C-MAR) TEST RAPIDO |                             | ✓        |
| AUDIOMETRÍA   |                              |                                   |                           | ✓                                 | -----                                     |                             |          |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS   |                              | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES     |                           |                                   | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES       |                             |          |
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO : HTA,CA DE SENO.   |                              | USO DE EPP                        |                           |                                   | HÁBITOS SALUDABLES                        |                             |          |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL  |                              | SVE AUDITIVO                      |                           |                                   | FORTALECIMIENTO MUSCULAR                  |                             |          |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO  |                              | SVE CARDIOVASCULAR                |                           |                                   | CONTROL DE PESO                           |                             |          |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO : CONTROL EN 6 MESES.  |                              | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL |                           |                                   | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA                 |                             |          |
| ESPECIALISTA : NUTRICION  |                              | CAPACITACIÓN                      |                           |                                   | NO FUMAR                                  |                             |          |
|   |                              |                                   |                           |                                   | DIETA BALANCEADA                          |                             |          |
| <b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>  |                              |                                   |                           |                                   |   |                             |          |
| PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO. CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL PERFIL BIOPSICOFISICO PARA EL CARGO  |                              |                                   |                           |                                   |   |                             |          |
| SE REALIZA EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CONDUCTORES.   |                              |                                   |                           |                                   |   |                             |          |
| SE REALIZAN PRUEBAS DE OPTOMETRÍA, AUDIOMETRÍA, LABORATORIOS, Y PRUEBA PSICOMOTRIZ. NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES QUE LE IMPIDAN, RESTRINJAN O LIMITEN LAS ACTIVIDADES O TAREAS DEL CARGO. REPORTE DE PARACLÍNICOS DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD.  |                              |                                   |                           |                                   |   |                             |          |
| SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. MANTENER ALIMENTACIÓN BALANCEADA BAJA EN GRASAS, CARBOHIDRATOS Y HARINAS. REALIZAR EJERCICIO REGULAR. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA Y SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS Y PELIGROS, ESTIRAMIENTOS MUSCULARES DE MIEMBROS SUPERIORES, INFERIORES Y DE COLUMNA. MANTENER UNA BUENA HIGIENE POSTURAL. SE RECOMIENDA CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO. CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGÚN NORMATIVA VIGENTE.  |                              |                                   |                           |                                   |   |                             |          |
| <p>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.</p> |                              |                                   |                           |                                   |   |                             |          |