



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 44.675

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
10 DÍA	03 MES	2025 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO			
Hora: 8:11 a.m.			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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 Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
FLOREZ LOPEZ LADYS MAGERLY				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	51 AÑOS 1 MESES 2 DÍAS	CC	65759623
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO ASIGNADO.							
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:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR				PSICOMOTRIZ			
VISIONOMETRIA				DROGAS EN ORINA X2 (COC-MAR) TEST RAPIDO			
AUDIOMETRÍA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : HTA,CA DE SENO.				USO DE EPP		HABITOS 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	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO. CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL PERFIL BIOPSIKOFISICO PARA EL CARGO</p> <p>SE REALIZA EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CONDUCTORES.</p> <p>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.</p> <p>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>							
<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>							