



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 34.500

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

11 DÍA	03 MES	2024 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO
Ciudad				

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

REYVELT MEDICINA ESPECIALIZADA 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)

CIFUENTES ORTIZ IVAN AUGUSTO

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	40 AÑOS 2 MESES 24 DÍAS	CC	93207113

Cargo

CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO 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:

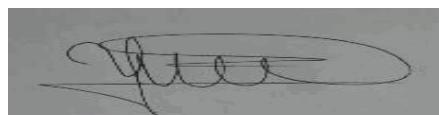
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
OPTOMETRÍA	✓	GLICEMIA PRE	✓
AUDIOMETRÍA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
PSICOMOTRIZ	✓	-----	-----

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, VALORACIÓN POR NUTRICIÓN, CONTROL DE LÍPIDOS EN 3 MESES.		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: MORENO GALINDO YENI SONIDIA

R. M.: 3566/2005

L.S.O.: 1004/2019

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: CIFUENTES ORTIZ IVAN AUGUSTO

CC: 93207113

Código de Seguridad

R820X1D34500