



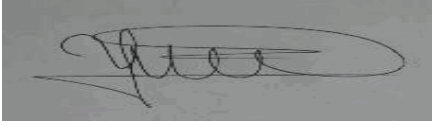
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 34.500

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
11 DÍA	03 MES	2024 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
REYVELT MEDICINA ESPECIALIZADA SAS				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				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	40 AÑOS 2 MESES 24 DÍAS	CC	93207113
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: <i>PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES</i>							
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 ✓			
OPTOMETRIA				✓ 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			HÁBITOS 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, CONTROL DE LÍPIDOS EN 3 MESES.						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
INDUCCION AL CARGO.							
<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>							

Médico

Firma:



Nombre: MORENO GALINDO YENI SONIDIA

R. M.: 3566/2005

L.S.O.: 1004/2019



Código de Seguridad

R820X1D34500

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: CIFUENTES ORTIZ IVAN AUGUSTO

CC: 93207113