



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 29.404

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
14 DÍA	07 MES	2025 AÑO	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO PARA CONDUCCION DE VEHICULOS			
			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
ON TIME CAR S.A.S.			ON TIME CAR S.A.S.			
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)						
QUINTERO LOPEZ GUILLERMO ANDRES			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	23 AÑOS 5 MESES 9 DÍAS	CC	1193587665
					Tipo	Número
Cargo						
CONDUCTOR						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL						
APTO						
Observaciones: APTITUDES PSICO-MOTRICES (TODOS) APROBADO						
APTO	PARA CONDUCTOR					
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 MEDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			✓	GLUCOSA SERICA		
AUDIOMETRÍA			✓	DROGAS DE ABUSO (COCAINA,MARIHUANA,ANFETAMINAS,MORFINA, BARBITÚRICOS,BENZODIACEPINA,METADONA)		
OPTOMETRÍA			✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO		
PERFIL LIPIDICO			✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
					HABITOS SALUDABLES	
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
					HACER DEPORTE	
					DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
NIEGA ENCONTRARSE EN PROCESOS DE CALIFICACIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL Y/O ENFERMEDAD COMÚN POR EPS Y/O ARL, NIEGA CALIFICACIONES PREVIAS POR PCL. NIEGA PRESENTAR RESTRICCIONES MÉDICAS LABORALES						
<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

PAOLA ANDREA DONNEYS
Expediente: 1622-21
Exp. Salud Ocupacional
RM. 761085 - L.S.O. 04/07/2024 - 55344 Cali

Firma:

Nombre: CC: 67002148 - PAOLA ANDREA DONNEYS

R. M.: 761085

L.S.O.: 1622-21

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: QUINTERO LOPEZ GUILLERMO ANDRES

Código de Seguridad

W837C1I29404

CC: 1193587665