



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 29.404

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
14 DÍA	07 MES	2025 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO PARA CONDUCCION DE VEHICULOS			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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, BARBITURICOS, 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							
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: CC: 67002148 - PAOLA ANDREA DONNEYS

R. M.: 761085

L.S.O.: 1622-21



Código de Seguridad

W837C1129404

Aspirante o Trabajador

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Guillermo Andres'.

Firma:

Nombre: QUINTERO LOPEZ GUILLERMO ANDRES

CC: 1193587665

