
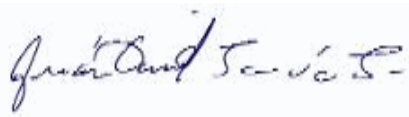


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.841

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
27 DÍA	04 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
ALIANZA TERRESTRE S.A.S				ALIANZA TERRESTRE 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)							
GARCIA GOMEZ JUAN DAVID				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	61 AÑOS 8 MESES 25 DÍAS	CC	71555334
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR DE TRANSPORTE ESPECIAL							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (A) PARA DESEMPEÑAR EL CARGO							
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:							
AUDIOMETRÍA				✓	VISIOMETRIA OCUPACIONAL POR OPTOMETRA		
GLUCOSA				✓	PRUEBAS PSICOSENSOMETRICA		
PX MULTIDROGAS 2 SUSTANCIAS				✓	EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA VISION CERCANA.				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : REALIZAR PAUSAS LABORALES ACTIVAS PARA MANOS		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				OTROS : REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL , CONducir con VENTANILLA CERRADA.		DIETA BALANCEADA : DIETA BAJA EN SAL.	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
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				Aspirante o Trabajador			
							
Firma:				Firma:			
Nombre: TORRES PARDO CESAR AUGUSTO				Nombre: GARCIA GOMEZ JUAN DAVID			
R. M.: 24792001		L.S.O.: 75122021		Código de Seguridad		CC: 71555334	
				B1354H1N5841			