



**Nº 53.477**

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24 DÍA	01 MES	2025 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
ADILAB - AYUDAS DIAGNOSTICAS Y LABORATORIO CLINICO S.A.S.				INGEOMEGA S.A.S - PRAFI CE - PROYECTO REDES AFINIA CESAR			
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)							
PAREDES REALES RUSBEL DAVID				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	51 AÑOS 8 MESES 12	CC	77175815
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
DÍAS							
Cargo <b>AYUDANTE CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>SIN RESTRICCIÓN PARA REALIZAR SU LABOR</b>							
NO APLICA Observaciones:							
APTO PARA INGRESAR AL PROGRAMA DE SEGURIDAD VIAL							<b>SI</b>
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				✓	EVALUACION OSTEOMUSCULAR		✓
AUDIOMETRÍA				✓	TETANO		✓
VISIONETRÍA				✓	EVALUACION SICOSENSOMETRICA		✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		APORTA CARNET DE VACUNACION ACTUALIZADO CON VACUNAS APLICADAS DE: F AMARILLA APLICADA 9/11/2023,2 DOSIS DE V T TETANICO 24/01/2025.					
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
<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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
<b>Médico</b>				<b>Aspirante o Trabajador</b>			
							
Firma:				Firma:			
Nombre: MOLINA RAMOS SILVIO JAVIER				Nombre: PAREDES REALES RUSBEL DAVID			
R. M.:		440050		L.S.O.:		168/2022	
CC:		77175815					