



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43,290

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
28	08	2024	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTE TERRESTRE ESPECIAL NACIONAL SAS				TEN TRANSPORTES			
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)							
BECERRA ORDOÑEZ EDGAR				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	59 AÑOS 8 MESES 6 DÍAS	CC	6388888
						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
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				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
ESPECIALISTA : VALORACION POR ENDOCRINOLOGIA DE SU EPS.		SVE VISUAL			FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
		SVE CARDIOVASCULAR			CONTROL DE PESO		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
APORTA LICENCIA DE CONDUCCION , DEBE CONDUCIR CON LENTES, CATEGORIA A2, B2, C2							
1. MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN. 2. VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN. 3. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE 10 MINUTOS CADA 2 HORAS 4. SE DAN RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO TANTO LABORAL COMO EXTRALABORAL							
EXAMEN OSTEOMUSCULAR, ARTICULAR ADECUADO							
PACIENTE NO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD SEGÚN CRITERIO MÉDICO QUE GENERAN LIMITACIÓN PARA DESEMPEÑAR DICHOS CARGOS DE FORMA TEMPORAL Y SEGURA PERJUDICIALES A SU SALUD , A SU SEGURIDAD O A LA SEGURIDAD DE TERCEROS , PRESENTA TRASTORNO METABOLICO POR LO CUAL SE SOLICITA VALORACION POR ENDOCRINOLOGIA DE SU ENTIDAD DE SALUD . NO APORTA PARACLINICOS, NI EXAMENES COMPLEMENTARIOS.							
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: DIAZ BURBANO DIANA

R. M.: 1085326419 L.S.O.: 02692/2024



Código de Seguridad

W979C1I43290

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: BECERRA ORDOÑEZ EDGAR

CC: 6388888