



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 79.02

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
20 DÍA	03 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		
			INGRESO PARA CONDUCTOR		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
CONDUCTORES PARTICULAR-MOVALTO			EMPRESA DE TAXIS BELEN SAS		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación: CC, Cédula de Extranjería, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
HERNANDEZ ARROYAVE JORGE ANDRES			Sexo	Edad	Documento de Identificación
			MASCULINO	41 AÑOS 5 MESES 0 DÍAS	CC 71210263
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
SIN RESTRICCIONES					
Observaciones: NO APLICA					
CUMPLE 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:					
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR		✓		PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA	
ALDÍMETRÍA TAMZ		✓		MARHUANA	
VISOMETRÍA		✓		COCAÍNA	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : VISIÓN CERCAÑA		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
ALDÍMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
TENIENDO EN CUENTA EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN MÉDICA, LAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS Y LA PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA, CONSIDERA QUE NO PRESENTA RESTRICCIÓN PARA INGRESAR AL PROGRAMA DE SEGURIDAD VIAL CUMPLIENDO CON EL ANEXO 1 RESOLUCIÓN 0012336 DE 2012.					
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, las he recibidas, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de 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 verdaderas. Autorizo al doctor(a) para que suministre personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del estado 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: PAREDES VASQUEZ RAZA JUDITH		Nombre: HERNANDEZ ARROYAVE JORGE ANDRES			