



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 75.854

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
31 DÍA	01 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	INGRESO PARA CONDUCTOR			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
REPRESENTACIONES TURÍSTICAS RENTATUREX SA				REPRESENTACIONES TURÍSTICAS RENTATUREX SA			
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)							
SANTAMARIA BONILLA JESUS ANDRES				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	31 AÑOS 8 MESES 7 DÍAS	CC	1037975042
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
<b>CON RECOMENDACIONES</b>							
Observaciones: <b>VER OBSERVACIONES</b>							
<b>CUMPLE</b>		PARA CONDUCTOR					
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>							
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEO muscular				✓	PERFIL LIPÍDICO	✓	
AUDIOMETRÍA TAMIZ				✓	PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA	✓	
VISIOMETRÍA				✓	-----	-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION NUTRICIONAL EN SU ENTIDAD DE SALUD		SVE VISUAL			CONTROL DE PESO		
		SVE CARDIOVASCULAR			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA		
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
ALTERACIÓN EN LA PERCEPCIÓN CROMÁTICA PARCIAL RECONOCE COLORES PRIMARIOS (REEVALUADO) SE RECOMIENDA RECIBIR CAPACITACIÓN PARA GARANTIZAR IDENTIFICACIÓN DE COLORES PRIMARIOS Y SEÑALES DE EMERGENCIA.							
VALORACION NUTRICIONAL EN SU ENTIDAD DE SALUD							
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 entres de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
							
Firma:				Firma:			
Nombre: RESTREPO DIAZ HERNANDO JOSE				Nombre: SANTAMARIA BONILLA JESUS ANDRES			
R. M.: 6816719		L.S.O.: 08434		Código de Seguridad		CC: 1037975042	
<b>M849S1Y75854</b>							