



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 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 LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
REPRESENTACIONES TURISTICAS RENTATUREX SA				REPRESENTACIONES TURISTICAS 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	
				MASCULINO		31 AÑOS 8 MESES 7 DÍAS	
Apellidos y Nombres				Documento de Identificación		Tipo	
				CC		1037975042	
				Número			
Cargos							
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CON RECOMENDACIONES							
Observaciones: VER OBSERVACIONES							
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				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	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
ALTERACIÓN EN LA PERCEPCIÓN CROMATICA 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 antes 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				CC: 1037975042			
L.S.O.: 08434				Código de Seguridad			
				M849S1Y75854			