



IPS CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES MARÍA DEL CIELO SAS

NIT: 900 794 599-0
Dirección: Carrera 9 No 7 - 60 Barrio Ricaurte
Cel: 310 212 4417
Email: ipscrmariaadelcielo@gmail.com
Chiquinquirá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 1.394

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DIA	07 MES	2025 AÑO	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO BÁSICO CONDUCTORES			
			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
INDEPENDIENTES			INDEPENDIENTES			
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)						
CORREDOR PACHON YORJAN MATEO			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	54 AÑOS 0 MESES 28 DÍAS	CC	7310521
					Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON CONDICIÓN FÍSICA O PATOLOGÍA CONTROLADA QUE NO INTERFIERE CON EL DESARROLLO DE LA LABOR						
Observaciones: NO APLICA						
APTO	PSICOSENSOMETRICA PARA CONDUCTORES SEGÚN REQUISITOS LEGALES					
RESTRICCIONES LABORALES SIN RESTRICCIONES LABORALES		TIPO NO APLICA	RECOMENDACIONES NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:						
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			✓	AUDIOMETRIA		
OPTOMETRÍA INGRESO			✓	Examen Psicosensométrico		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
MEDIDAS ANTITROMBÓTICAS: USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN, EJERCICIOS PREVENTIVOS		SVE VISUAL			CONTINUAR CON PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA (INTENSIDAD MODERADA - 150 A 300 MINUTOS/SEMANA)	
CONTROLES OPTOMÉTRICOS PERIÓDICOS EN EPS		SVE CARDIOVASCULAR				
CUIDADOS VISUALES: LUBRICACIÓN OCULAR		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL				
USO CORRECCIÓN VISUAL PARA ESFUERZO VISUAL (USO VIDEOTERMINALES, LECTURA, NOCTURNO)		SVE OSTEOMUSCULAR				
		CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA HIGIENE POSTURAL, CUIDADOS DE COLUMNA, EJERCICIOS DE REPOSO MUSCULOTENDINOSO CADA 2 HORAS				
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
OPTOMETRÍA: CUMPLE, CON RECOMENDACIONES (USO CORRECCIÓN VISUAL CERCANA)						
AUDIOMETRÍA: CUMPLE						
PSICOSENSOMÉTRICO PARA CONDUCTORES SEGUN RES. 0217/2014: CUMPLE						
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.						