



# IPS CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES MARIA DEL CIELO SAS

NIT: 900 794 599-0

Dirección: Carrera 9 No 7 - 60 Barrio Ricaurte

Cel: 310 212 4417

Email: ipsccrmariadelcielo@gmail.com

Chiquinquirá



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.394

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
15 DÍA	07 MES	2025 AÑO	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO BASICO CONDUCTORES		
CHIQUINQUIRÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)					
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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
Carga				Tipo	Número
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			TIPO	RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA	NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			✓	AUDIOMETRIA	✓
OPTOMETRIA INGRESO			✓	Examen Psicosenso metrico	✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
MEDIDAS ANTITROMBOTICAS: USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN, EJERCICIOS PREVENTIVOS		SVE VISUAL		CONTINUAR CON PRACTICA DE ACTIVIDAD FISICA 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					
OPTOMETRIA: CUMPLE, CON RECOMENDACIONES (USO CORRECCION VISUAL CERCANA)					
AUDIOMETRIA: CUMPLE					
PSICOSENSOMETRICO 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.					