



Forbin salud
Centro de reconocimiento de conducción
medicina laboral y general S.A.S
NIT: 901773064-6
Dirección: Calle 6 N 2-58 barrio el Edén
Celular: 322 826 8259
Email: contacto@forbinsaludsas.com
Madrid, Cundinamarca



Nº 471

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24 DÍA	01 MES	2025 AÑO	MADRID (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	VALORACION MEDICO DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTES ESPECIALES Y TURISTICOS ASTRO SAS				TRANSPORTES ESPECIALES Y TURISTICOS ASTRO SAS			
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)							
PATAQUIVA RENDON DAVID SANTIAGO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	23 AÑOS 2 MESES 3 DÍAS	CC	1000471854
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO ASIGNADO							
Observaciones: HABITO SALUDABLE. USO DE EPP. PAUSAS ACTIVAS Y POSTURALES.							
APTO	PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS						
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 DE INGRESO CON ENFASIS OSTEO muscular				✓	PRUEBA PSICOMOTRIZ- PSICOSENSOMÉTRICO		✓
AUDIOMETRIA				✓	TEST DE 2 SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (Cocaína- Marihuana)		✓
CONSULTA OPTOMETRIA TIPO 1 V				✓	ALCOHOLIMETRIA EN SALIVA		✓
PERFIL LIPIDICO				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
HABITO SALUDABLE. USO DE EPP. PAUSAS ACTIVAS Y POSTURALES.							
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			
Adriana milena Pérez Cáceres.				David Pataquiva			
Firma:				Firma:			
Nombre: PEREZ CACERES ADRIANA MILENA				Nombre: PATAQUIVA RENDON DAVID SANTIAGO			
R. M.: 1024530309		L.S.O.: 12376		Código de Seguridad		CC: 1000471854	
				L1506R1X471			