



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



N° 471

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24	01	2025	MADRID (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	VALORACION MEDICO DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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: <i>HABITO SALUDABLE. USO DE EPP. PAUSAS ACTIVAS Y POSTURALES.</i>							
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 OSTEOMUSCULAR				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		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		HÁBITOS 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			
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			