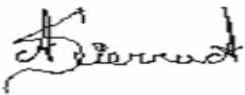




**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

**N° 14.707**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
02 DÍA	08 MES	2025 AÑO	SABANETA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO - PSICOSENSOMETRICO - TOXICOLOGICO - VISIONMETRIA - AUDIOMETRIA - CURSO TEORICO PRACTICO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTE GLOBAL ANTIOQUIA S.A.S.				TRANSPORTE GLOBAL ANTIOQUIA S.A.S			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
QUINTERO ESCOBAR JUAN DAVID				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	25 AÑOS 3 MESES 9 DÍAS	CC	1000395380
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO CON PATOLOGIA NO RESTRICTIVA</b>							
Observaciones: <b>NO APLICA</b>							
N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)						
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>							
EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE COLUMNA				✓	TOXICOLOGICO II PARAMETROS		✓
AUDIOMETRIA				✓	PSICOSENSOMETRICA		✓
VISIONMETRIA POR OPTOMETRIA				✓	CURSO TEORICO PRÁCTICO		✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : SEGÚN PRESCRIPCIÓN DE LA OPTOMETRIA, PERMANENTE		USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE VISUAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HACER DEPORTE		
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
<p>-EXAMEN OSTEOMUSCULAR- SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS  -VISIONMETRIA- CON ALTERACIÓN EN VISIÓN LEJANA  -AUDIOMETRÍA- NORMAL  -PSICOSENSOMÉTRICO- APTO SEGÚN RESOLUCIÓN 0217/2014.  -TOXICOLOGICO II PARÁMETROS-(VER ANEXO)  -SIN RESTRICCIONES LABORALES PARA EL CARGO AL CUAL ASPIRA.  -MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.</p>							
<p>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.</p>							

**Médico**

Firma:

Nombre: CC: 71685889 - ALEJANDRO ALBERTO SIERRA

R. M.: 60090095

L.S.O.: S2016060090095

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: QUINTERO ESCOBAR JUAN DAVID

CC: 1000395380

**Código de Seguridad****V1070B1H14707**