



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 - VISIOMETRIA - AUDIOMETRIA - CURSO TEORICO PRACTICO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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 Extranjería, 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 CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGIA NO RESTRICTIVA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE COLUMNA				TOXICOLOGICO II PARAMETROS			
AUDIOMETRIA				PSICOSENSOMETRICA			
VISIOMETRIA POR OPTOMETRA				CURSO TEÓRICO PRÁCTICO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : SEGÚN PRESCRIPCIÓN DE LA OPTOMETRA, 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	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-EXAMEN OSTEOMUSCULAR- SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS -VISIOMETRÍA- CON ALTERACIÓN EN VISIÓN LEJANA -AUDIOMETRÍA- NORMAL -PSICOSENSOMÉTRICO- APTO SEGÚN RESOLUCIÓN 0217/2014. -TOXICOLÓGICO II PARÁMETROS-(VER ANEXO) -SIN RESTRICCIONES LABORALES PARA EL CARGO AL CUAL ASPIRA. -MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.							
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

Firma: _____

Nombre: CC: 71685889 - ALEJANDRO ALBERTO SIERRA

R. M.: 60090095

L.S.O.: S2016060090095

Código de Seguridad

V1070B1H14707



Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: QUINTERO ESCOBAR JUAN DAVID

CC: 1000395380