



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 9.070

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
18 DÍA	04 MES	2024 AÑO	SABANETA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		
			EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO - PSICOSENSOMETRICO - TOXICOLOGICO - VISIOMETRIA - AUDIOMETRIA		
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)					
HERRERA HENAO OSCAR DARIO		Genero	Edad	Documento de Identificación	
		MASCULINO	29 AÑOS 2 MESES 3 DÍAS	CC	1040372909
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO PARA LABORAR					
Observaciones: <i>NO APLICA</i>					
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		✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
-EXAMEN FÍSICO OSTEOMUSCULAR- SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS -VISIOMETRIA- NORMAL -AUDIOMETRIA- NORMAL -PSICOSENSOMETRICO- APTO SEGÚN RESOLUCIÓN 0217/2014. -TOXICOLOGICO II PARAMETROS-(VER ANEXO)					
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

Diana Marcela Martínez Porras
C.C. N° 33.867.486 de Tunja Boyacá
Diana Marcela Martínez P.



Firma: _____

Nombre: MARTINEZ PORRAS DIANA MARCELA

R. M.: 6332007

L.S.O.: S2019060038912 Código de Seguridad

O1070U1A9070

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: HERRERA HENAO OSCAR DARIO

CC: 1040372909