



CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

Atención N°: 18,261

Ciudad y Fecha: LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) 20/05/2024 10:05 A.M. Empresa: PARTICULARES
Tipo Evaluación Medica ocupacional: CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL Cargo: CONDUCTOR
Nombres y Apellidos: PEREZ LOSADA DIEGO ARMANDO CC: 1081408202 de LA PLATA Fecha de Nacimiento: 09/04/1991
Edad: 33 AÑOS Lugar de Nacimiento: LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Dir. Residencia: ALTO CAÑADA
Estudios: UNIVERSITARIO Estado Civil: SOLTERO(A) E.P.S: NO REFIERE A.F.P: NO REFIERE A.R.L: NO REFIERE

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

UT ICBF TRANSPORTES 2024

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EL EXAMEN MEDICO NO PRESENTA DEFECTOS NI PATOLOGIAS

Observaciones: NO APLICA

N/A	NO SE EVALUARON 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:

CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL	✓	MEDICION DE LA AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA)	✓
AUDIOMETRIA SOD	✓	-----	-----
RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE	
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES	
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FISICA AEROBICA	
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA	
	CAPACITACION: PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD		
	OTROS: INGRESAR AL PROGRAMA ESTRATEGICO DE SEGURIDAD VIAL,REALIZAR PREPARACION EN MANEJO DEFENSIVO		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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.

Firma

Firma

Diego Armando P.

Nombre
R.M/ L.S.O

HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA
1384/2006 1376/2021

Nombre
C.C

PEREZ LOSADA DIEGO ARMANDO
1081408202