



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 41.002

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
06 DÍA	07 MES	2020 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTES MULTIMODAL GROUP SAS							
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)							
MORENO JOHAN ANDREY				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	26 AÑOS 3 MESES 14 DÍAS	CC	1085689532
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
PESO (Kg)	55.00	TALLA (Cm)	165	IMC	20.20 - PESO NORMAL		
Cargos							
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO							
Observaciones: NO FACTORES DE RIESGO COVID 19							
NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL				EXAMEN ANEXO OSTEOMUSCULAR			
AUDIOMETRÍA				PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			
OPTOMETRÍA				PRUEBA SPA PANEL 3			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
CUMPLIR CON PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD POR COVID 19 CUMPLIR CON NORMAS DE SEGURIDAD VIAL CUMPLIR CON PROTOCOLOS SEGURIDAD LABORAL DE LA EMPRESA PAUSAS ACTIVAS							
<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				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: MARTINEZ MONTES ALEXANDER VLADIMIR R. M.: LM 2379-15 L.S.O.:				 Código de Seguridad <b>G39M1S41002</b>			
				 Firma: _____ Nombre: MORENO JOHAN ANDREY CC: 1085689532			