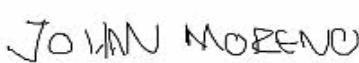




Nº 41.002

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

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 LABORÓ 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		
Cargo							
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
<b>APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO</b>							
Observaciones: NO FACTORES DE RIESGO COVID 19							
NO SE EVALUARÓN 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 OSTEO muscular			
AUDIOMETRÍA				PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			
OPTOMETRÍA				PRUEBA SPA PANEL 3			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		PAUSAS 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:				Firma:			
Nombre: MARTINEZ MONTES ALEXANDER VLADIMIR				Nombre: MORENO JOHAN ANDREY			
R. M.: LM 2379-15		L.S.O.:		Código de Seguridad		CC: 1085689532	
				G39M1S41002			