

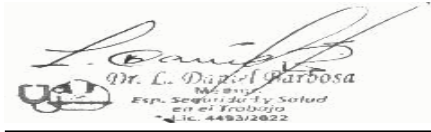


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 39.439

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN					TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
23 DÍA	11 MES	2024 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA)		EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO							
			Ciudad									
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE												
TRANSPORTES MULTIMODAL GROUP S.A.S												
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)												
LOPEZ TENORIO HARRISON STIVEN					Genero		Edad		Documento de Identificación			
					MASCULINO		32 AÑOS 10 MESES 19 DÍAS		CC 1086330349			
Apellidos y Nombres							Tipo		Número			
Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC					
07/01/1992	3188087252	SECUNDARIA	AB -	SOLTERO(A)	77,00	169,00	26,96 - SOBREPESO					
Cargo CONDUCTOR												
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL NO PRESENTA RESTRICCIONES 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 MÉDICO OCUPACIONAL				✓		EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO					✓	
AUDIOMETRÍA				✓		PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)					✓	
VISIONOMETRÍA				✓		ANEXO EXAMEN OSTEOMUSCULAR					✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES				
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA				SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES				
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO SVE AUDITIVO				CONTROL DE PESO				
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA				
								SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS				
								DIETA BALANCEADA				
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES												
RECOMENDACIONES EMPRESAS												
<ul style="list-style-type: none">MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN.VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN.REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIÓDICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO.PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA												
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: BARBOSA MERIÑO LUIS DANIEL

R. M.: 471758/2013

L.S.O.: 4493/2022



Código de Seguridad


T789Z1F39439

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LOPEZ TENORIO HARRISON STIVEN

CC: 1086330349

	VALORAR NO. 1	Código: FR-63 Versión: 01
	EVALUACIÓN INDIVIDUAL PSICOLOGÍA	Fecha Vigencia: 2021-02-16
		Página 1 de 2

Nombre: Harrison Stiven Lopez Tenorio
Fecha: 23 de noviembre de 2024

Cedula: 1.086.330.349
Edad: 32 años

Aplicación TEST BATERÍA LN DETER:

Convenciones de la prueba:

TMR (Tiempo Medio de Respuesta)
MDA (Media Desvíos Absolutos)

NE (Numero de Errores)
TE (Tiempo Errores).

Prueba de Atención Concentrada: TMR (30-74):40

NE (0-5):0

Prueba de Reacciones Múltiples: TMR (67-146):70

NE (0-8):0

Velocidad de Anticipación: MDA (8-46) 10

Coordinación Bimanual: NE (≤ 122):40

TE (≤ 8194):1001

Coeficiente Intelectual (≥ 70):96,5

Aplicación de Test de Personalidad.

Presenta trastornos amnésicos o cognitivos: No

Consumo de sustancias alcohol/drogas: No

Trastornos en el estado de ánimo: No

Trastornos del sueño: No

Trastorno Antisocial/esquizoide: No


Otros:

Prueba de personalidad concepto general:


Concepto General:

Evaluación psicossensométrica ajustada a la resolución 0217 del 2014 en el anexo 1, expedida por el Ministerio de Transporte. Al momento y fecha de la valoración presenta habilidades motrices y condiciones en salud mental Aptas para desarrollo de actividad laborales.

Firma 

 Dra. Sandra P. Valencia
PSICÓLOGA
T.P. 5421

Elaborado	Aprobado
ADMINISTRADO	GERENCI
R	A

	VALORAR NO. 1	Código: FR-63 Versión: 01
	EVALUACIÓN INDIVIDUAL PSICOLOGÍA	Fecha Vigencia: 2021-02-16
		Página 2 de 2

Elaborado	Aprobado
ADMINISTRADO R	GERENCI A