



Nº 16.147

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

06 DÍA	07 MES	2023 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)	Ciudad	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
					EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
PARTICULARES CONTADO					PARTICULARES				
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)									
CIFUENTES PEÑA CARLOS ANDRES				Genero	Edad	Documento de Identificación			
Apellidos y Nombres				MASCULINO	28 AÑOS	CC	1192794142	Tipo Número	

Cargo

CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: NO APLICA

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:

AUDIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
VISIOMETRÍA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
GLICEMIA	✓	PRUEBA PSICOMOTRIZ	✓
EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	-----	-----
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

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.

Médico



Firma:

Nombre: MARIN VARON ECCEHOMO

R. M.: 13918

L.S.O.: 1057/2017

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CIFUENTES PEÑA CARLOS ANDRES

CC: 1192794142



Código de Seguridad

Q67W1C16147