



Nº 3.898

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

29 DÍA	12 MES	2025 AÑO	CHAPARRAL (TOLIMA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL  <b>EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO</b>
Ciudad				

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
<b>PARTICULARES CONTADO</b>	<b>PARTICULARES</b>

CIU (Actividad Económica) del empleador:

**SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación
VALENCIA OSORIO WILLIAM	MASCULINO	42 AÑOS 4 MESES 8 DÍAS	CC 14012490 Número

Cargo

**CONDUCTOR**

EPS	AFP	ARL
<b>NUEVA EPS</b>	<b>NO REFIERE</b>	<b>NO REFIERE</b>

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: **NO APLICA**

APTO	PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS
APTO	PARA DESEMPEÑAR OTRAS FUNCIONES DEL CARGO

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	✓	GLICEMIA SIMPLE	✓
AUDIOMETRÍA	✓	COLESTEROL	✓
VISIONETRÍA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
EXAMEN PSICOSENSOMETRICO	✓	-----	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA DIETA BALANCEADA

### OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMENES APORTADOS CON ALTERACION EN LO VISUAL SIN AFECTAR SU DESEMPEÑO CON NECESIDAD DE VALORACION POR SU EPS

EXAMENES DE LABORATORIOS APORTADOS CON DISLIPIDEMIA MIXTA SIN AFECTAR SU DESEMPEÑO PERO CON NECESIDAD DE VALORACION POR SU EPS

TEST PSICOSENSOMETRICO SIN ALTERACIONES PARA EL DESEMPEÑO

SE HACE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEO muscular SIN EVIDENCIA ALTERACIONES QUE PUEDAN AFECTAR LAS ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑE EN SU TRABAJO COMO MOVIMIENTOS REPETITIVOS O LEVANTAMIENTO DE CARGAS.

CLASIFICACIÓN OSTEO muscular SEGÚN GATISO RESOLUCIÓN 2844 DE 2007

NO CASO

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

SIN RESTRICCIONES

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: CC: 14012491 - JESUS EMILIO LOZANO

R. M.: 1505/07

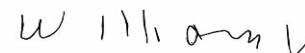
L.S.O.: 004118/2023



Código de Seguridad

**G1246M1S3898****Aspirante o Trabajador**

Firma:



Nombre: VALENCIA OSORIO WILLIAM

CC: 14012490