



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 47.229

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
13 DÍA	01 MES	2026 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)		
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
TRANSPORTE TERRESTRE ESPECIAL NACIONAL SAS			TEN TRANSPORTES		
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)					
CHITO ORDOÑEZ JOSE LIBARDO			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	52 AÑOS 2 MESES 0 DÍAS	CC 76318161
Cargo			Tipo		
CONDUCTOR			Número		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA					
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		✓ -----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA VISION CERCANA		USO DE EPP : SEGUN MATRIZ DE PELIGROS		HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : 10 M CADA 4H		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
		CAPACITACIÓN : EN SST		HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
- SIN ALTERACIONES A LA VALORACION MEDICA QUE LIMITEN EL DESEMPEÑO DE LA LABOR, CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA EL CARGO					
- SE DAN PAUTAS DE AUTO CUIDADO INTRA Y EXTRALABORALES					
- POSIBILITAR CAMBIOS POSTURALES Y LOS DESCANSOS DURANTE LA JORNADA					
- CAPACITACIONES SOBRE HIGIENE POSTURAL					
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			Aspirante o Trabajador		
 Firma: _____ Nombre: RAMOS CHARRY JULIANA ALEJANDRA R. M.: 22909/2021 L.S.O.: 22909/2021			 Firma: _____ Nombre: CHITO ORDOÑEZ JOSE LIBARDO CC: 76318161		
R. M.: 22909/2021			Código de Seguridad		
L.S.O.: 22909/2021			CC: 76318161		
			C97911047229		