



Nº 11.900

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DÍA	04 MES	2025 AÑO	SOACHA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			
Ciudad							
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)							
VIVAS GOMEZ FRANKLIN				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	39 AÑOS 2 MESES 27 DÍAS	CC	79095613
						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
APTO	PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS						
APTO	PARA DESEMPEÑAR EL 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 OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR				OPTOMETRÍA		✓	
AUDIOMETRÍA (tumízaje - laboral)				PRUEBA PSICOSENSOMETRICO		✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SE RECOMIENDA MATENER MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENCION DE INFECCION POR VIRUS RESPIRATORIOS: USO DE TAPABOCAS LAVADO FRECUENTE DE MANOS DISTANCIAMIENTO SOCIAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, REALIZAR PAUSA ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, SE RECOMIENDA REALIZAR EJERCICIO FÍSICO DIARIO MANTENER ALIMENTACION BALANCEADA EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL CIGARRILLO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, REALIZAR ACTIVIDADES QUE FOMENTEN LA SALUD MENTAL, REALIZAR CONTROLES PERIODICOS POR SU ASEGURADORA.							
EXAMEN VISUAL: EXAMEN SIN ALTERACION							
AUDIOMETRIA: EXAMEN SIN ALTERACION							
PSICOSENSOMETRICO: APROBADO							
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: PAEZ CARRERO ALEJANDRO

R. M.: 80723815

L.S.O.: 7136/2021

Código de Seguridad
K1242Q1W11900**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: VIVAS GOMEZ FRANKLIN

CC: 79095613