



SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
EMPLEADOS SANOS, EMPRESAS MÁS PRODUCTIVAS

Dirección: Cra. 49 N° 74-77 Correo: servicios@ssobg.com Tel: (51) 360 3103
Barranquilla - Colombia Sitio web: www.ssobg.com Cel: (313) 546 4664



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.860

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
06	03	2020	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)	EVALUACION OCUPACIONAL INGRESO CONDUCTOR			
DIA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				PARTICULARES			
Empresa contratante				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)							
CARO IBARRA MIGUEL ENRIQUE				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	42 AÑOS	CC	8786240
						Tipo	Numero
Cargo				Peso		Talla	
CONDUCTOR				71.00 kg		162 cm	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
SI PARA CONDUCIR							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
AUDIOMETRIA VIA AEREA				✓		PRUEBAS PSICOSENSOMETRICA	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓		VISIOMETRIA	
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HABITOS SALUDABLES	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNA							
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:				Firma:			
Nombre: CASTILLO DE LOS REYES ALEXANDRA MARGA				Nombre: CARO IBARRA MIGUEL ENRIQUE			
R.M.: 748/1900				CC: 8786240			
L.S.O.: 742				Código de Seguridad			
				F493L1R2860			