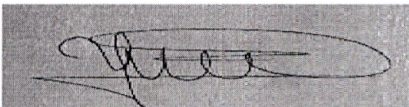
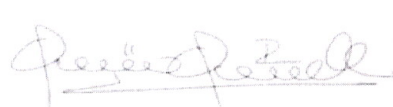


**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

**N° 30.400**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
20	11	2023	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)	EXAMEN OCUPACIONAL PERIODICO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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)							
OVALLE RODRIGUEZ OMAR				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	48 AÑOS 2 MESES 6 DÍAS	CC	93399358
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos							
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO							
Observaciones: PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES ASIGNADO							
APTO				PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS			
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 ENFASIS OSTEOMUSCULAR				PSICOMOTRIZ			
VISIONOMETRIA				DROGAS EN ORINA X2 (COC-MAR) TEST RAPIDO			
AUDIOMETRIA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA VISION PROXIMA		USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
CONducir con las ventanillas cerradas. CONTINUAR CONTROL OCUPACIONAL PERIODICO ANUAL INDUCCION AL CARGO							
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: MORENO GALINDO YENI SONIDIA				Nombre: OVALLE RODRIGUEZ OMAR			



R. M.: 3566/2005

L.S.O.: 1004/2019

Código de Seguridad

CC: 93399358

**N820T1Z30400**