



Nit. 900224092-4
Teléfono 584 1739 Cel. 320 492 7431
Carrera 23 No 10- 163 Barrio La Esperanza
medicenterips@hotmail.com
San José - Guaviare



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.332

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
11	08	2020	SAN JOSÉ DEL GUAVIARE (GUAVIARE, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
UNIÓN TEMPORAL ASOCIACIÓN MULTIMODAL 2020				UNIÓN TEMPORAL ASOCIACIÓN MULTIMODAL 2020			
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)							
HERRERA HURTADO DIEGO ARMANDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	38 AÑOS 1 MESES 18 DÍAS	CC	96125591
Cargo				Tipo		Número	
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO							
Observaciones: NO APLICA							
N/A NO SE EVALUARON 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				✓ PERFIL LÍDICO (P.L.)			
VISIOMETRÍA				✓ ACIDO URICO			
GLICEMIA				✓ PSICOMOTRIZ			
AUDIOMETRÍA				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS: INTERNISTA: ELEVACIÓN DE ÁCIDO ÚRICO				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
				PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
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: PITALUA CARRILLO JESUS ANTONIO				Nombre: HERRERA HURTADO DIEGO ARMANDO			
R. M.: 345 L.S.O.: 95428				CC: 96125591			
Código de Seguridad D549J1P2332							



Nit. 900224092-4
Teléfono 584 1739 Cel. 320 492 7431
Carrera 23 No.10- 163 Barrio La Esperanza
medicenterips@hotmail.com
San José - Guaviare



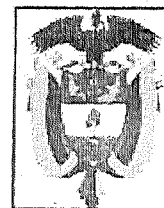
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.332

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
11	08	2020	SAN JOSÉ DEL GUAVIARE (GUAVIARE, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
UNIÓN TEMPORAL ASOCIACIÓN MULTIMODAL 2020				UNIÓN TEMPORAL ASOCIACIÓN MULTIMODAL 2020			
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)							
HERRERA HURTADO DIEGO ARMANDO				Genero	Edad	Documento de identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	38 AÑOS 1 MESES 18 DÍAS	CC	96125591
Cargo						Tipo	Número
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO							
Observaciones: NO APLICA							
N/A NO SE EVALUARON 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				✓	PERFIL LÍDICO (P.L.)		
VISIOMETRÍA				✓	ACIDO URICO		
GLUCEMIA				✓	PSICOMOTRIZ		
AUDIOMETRÍA				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : INTERNISTA: ELEVACIÓN DE ACIDO URICO				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
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: PITALUA CARRILLO JESUS ANTONIO				Nombre: HERRERA HURTADO DIEGO ARMANDO			
R. M.: 345 L.S.O.: 95428				CC: 96125591			



República de Colombia
Departamento del Guaviare



Y EN SU NOMBRE
EL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN

RESOLUCIÓN 003103 DEL AÑO 2011 MINISTERIO DEL TRANSPORTE
NIT: 900.323.073-9

CINTRACOL S.A.S.

Certifica Que...

DIEGO ARMANDO HERRERA HURTADO


C.C. N° 96125591 de Saravena.


**CURSO Y APROBÓ EL PROGRAMA DE MANEJO DEFENSIVO
Y NORMAS DE TRANSITO.**

CON UNA INTENSIDAD DE 60 HORAS

Mecánica Básica Automotriz	20 Hrs.
Mecánica Diesel	20 Hrs.
Normas y Reglamento de Transito	10 Hrs.
Seguridad Vial	10 Hrs.

Dado en san José del Guaviare a los 03 días del mes de Mayo de 2019


ALEXANDER VILLADA FORERO
Director.


PEDRO IGNACIO TORRES PÉREZ
Registro 17838 Mintransporte.
Instructor.

CONducir NO ES UN JUEGO



CENTRO INTEGRAL DE RESCATISTAS COLOMBIA

SECCIONAL GUAVIARE

N.I.T. 900057399-3

Conjunto Residencial Arazá Casa No 10.

Cel. 3115393836



CERTIFICA QUE

Diego Armando Herrera Hurtado, identificado con la cedula de ciudadanía N° 96.125.591 expedida en Saravena, asistió y aprobó las siguientes áreas del pensum establecido por el centro integral para la actualización del socorrista.

ÁREAS	HORAS
PRIMEROS AUXILIOS	30 Hrs.
PREVENCIÓN EXTINCIÓN Y CONTROL DE INCENDIOS	10 Hrs.
TOTAL	40 Hrs.

Dado en San José del Guaviare a los 02 días del mes de Mayo de 2019

PEDRO IGNACIO TORRES PEREZ
DIRECTOR- INSTRUCTOR