



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 29.529

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
19 DÍA	07 MES	2025 AÑO	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO PARA CONDUCCIÓN DE VEHICULOS		
Cali (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
TRANSPORTES ESPECIALES ALIANZA SAS			TRANSPORTES ESPECIALES ALIANZA SAS		
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)					
VILLEGAS VIDAL LUIS NERY			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	46 AÑOS 0 MESES 11 DÍAS	CC 16458916 Tipo Número
Cargo					
CONDUCTOR					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO CON CONDICIONES DE SALUD QUE NO AFECTAN SU DESEMPEÑO LABORAL					
Observaciones: APTITUDES PSICO-MOTRICES (TODOS) APROBADO					
APTO		PARA CONDUCTOR			
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 MEDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			✓	COLESTEROL TOTAL	
AUDIOMETRÍA			✓	TRIGLICERIDOS (TGS)	
VISIOMETRÍA			✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO	
GLUCOSA SERICA			✓	-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE AUDITIVO			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA			HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL, ORL					DIETA BALANCEADA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
NIEGA ENCONTRARSE EN PROCESOS DE CALIFICACIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL Y/O ENFERMEDAD COMÚN POR EPS Y/O ARL, NIEGA CALIFICACIONES PREVIAS POR PCL.					
<p>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.</p>					