

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL****N° 27.502**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
03 DÍA	04 MES	2025 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO PARA CONDUCCION DE VEHICULOS			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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)							
CRUZ ORTIZ CARLOS ALBERTO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	60 AÑOS 5 MESES 15 DÍAS	CC	16703759
Cargo						Tipo	Número
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)			
VISIONOMETRÍA				EXAMEN PSICOSENSOMETRICO			
GLUCOSA SERICA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE				SVE VISUAL		HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				SVE CARDIOVASCULAR		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
						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. NIEGA PRESENTAR RESTRICCIONES MÉDICAS LABORALES							
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.							