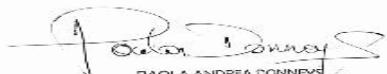




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 18.586

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
07 DÍA	05 MES	2024 AÑO				
Cali (Valle del Cauca, Colombia)			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
ON TIME CAR S.A.S.			ON TIME CAR S.A.S.			
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)						
FAJARDO BAENA ALEXANDRA			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			FEMENINO	58 AÑOS 6 MESES 7 DÍAS	CC	30734630
Apellidos y Nombres					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						
N/A	NO SE EVALUARÓN 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 MEDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			✓	DROGAS DE ABUSO (COCAINA,MARIHUANA,ANFETAMINAS,MORFINA, BARBITÚRICOS,BENZODIACEPINA,METADONA)		✓
AUDIOMETRÍA			✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO		✓
OPTOMETRÍA			✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : POR OTORRINOLARINGOLOGIA Y MEDICINA GENERAL DE SU EPS		USO DE EPP : UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA Y VISUAL			HABITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE		SVE VISUAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE AUDITIVO			HACER DEPORTE	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS LABORADAS			DIETA BALANCEADA	
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION		OTROS : VEO PSICOSOCIAL.				
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
1. EVITAR LA EXPOSICIÓN DIRECTA Y PROLONGADA AL SOL. 2. EVITAR LABORES QUE IMPLIQUEN CAMBIOS BRUSCOS DE POSICIÓN, Y MOVIMIENTOS REPETITIVOS DE ROTACIÓN Y FLEXOEXTENSIÓN DE LA CABEZA.						
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 entres de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.						

Médico

Paola Donneys
PAOLA ANDREA DONNEYS
Expediente: 1622-21
Exp. Salud Ocupacional
RM. 761085 - LSO-043071-5534 Cali

Firma:

Nombre: DONNEYS LEON PAOLA ANDREA

R. M.: 761085

L.S.O.: 1622-21

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: FAJARDO BAENA ALEXANDRA

Código de Seguridad

CC: 30734630

X837D1J18586