



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 18.586

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
07 DÍA	05 MES	2024 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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, BARBITURICOS,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		HÁBITOS 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 EXPOSICION 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							

**Médico**



Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: DONNEYS LEON PAOLA ANDREA

R. M.: 761085      L.S.O.: 1622-21



Código de Seguridad

**X837D1J18586**

**Aspirante o Trabajador**



Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: FAJARDO BAENA ALEXANDRA

CC: 30734630

