

NIT. 811019808-1

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL****N° 45.680**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
|--|-----------|--|--------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------|----------|
| 21 DÍA | 06 MES | 2024 AÑO | RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO | | | |
| | | | Ciudad | | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE | | | | | | | |
| TRANSPORTES JONVAL S.A.S | | | | TRANSPORTES JONVAL 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) | | | | | | | |
| ALVAREZ SUAREZ JUAN DAVID | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | | | MASCULINO | 40 AÑOS 10 MESES 20 DÍAS | CC | 71365231 |
| Apellidos y Nombres | | | | | | Tipo | Número |
| Cargo CONDUCTOR | | | | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO | | | | | | | |
| Observaciones: <i>USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES</i> | | | | | | | |
| APTO | | PARA CONDUCIR | | | | | |
| 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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR | | | | PRUEBA PSICOSENSOMETRICA | | | |
| AUDIOMETRÍA | | | | PRUEBA DE ALCOHOL EN SALIVA | | | |
| VISIOMETRÍA | | | | PANEL MULTIDROGA POR 5 | | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | | |
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO : REFIERE TENER SEGUIMIENTO CON NUTRICIONISTA | | USO DE EPP | | | DEJAR DE FUMAR | | |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | CONTROL DE PESO | | |
| VALORACIÓN POR EPS : CONSULTA MÉDICA EN EPS PARA SEGUIMIENTO DE PRESIÓN ARTERIAL, EL PACIENTE DEBE TRAER LA HISTORIA CLÍNICA O ENVIARLA POR EMAIL A: RECEPCION@COLMEDICOSDEORIENTES.COM. LA EMPRESA DEBE SUPERVISAR QUE EL PACIENTE CUMPLA CON ESTA RECOMENDACIÓN. | | EDUCACIÓN EN NORMAS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL DE RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SU CARGO | | | HACER DEPORTE | | |
| PEDIR CITA DE CONTROL ANUAL CON OPTÓMETRA EN EPS | | | | | 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

Liliana Pérez Aguirre
Médica U.de.A.
Especialista S.O.
RM: 54389 Lic: 53383



Firma: _____

Nombre: PEREZ AGUIRRE LILIANA MARIA

R. M.: 54389-10

L.S.O.: 2021060130298

Código de Seguridad

C83511045680

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: ALVAREZ SUAREZ JUAN DAVID

CC: 71365231