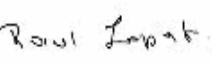




Nº 37.524

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
09 DÍA	08 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
				Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTE ESPECIAL GLOBO SAS				TRANSPORTE ESPECIAL GLOBO 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)							
HERRERA VALENCIA LUIS FELIPE				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	21 AÑOS	CC	1000898347
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)</b>							
Observaciones: NO APLICA						N/A	
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				N/A			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
NO APLICA				NO APLICA	NO APLICA		
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA				✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA		✓
AUDIOMETRÍA				✓	PSICOACTIVO		✓
VISIONETRÍA				✓	-----		-----
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					CONTROL DE PESO DIETA BALANCEADA		
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO							
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. De igual manera he sido notificado por parte del médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
							
Firma:				Firma:			
Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO				Nombre: HERRERA VALENCIA LUIS FELIPE			
R. M.: 5065404		L.S.O.: S201706010407		CC: 1000898347			
 Código de Seguridad				<b>P117V1B37524</b>			

## RECOMENDACIONES

**Paciente:** HERRERA VALENCIA LUIS FELIPE

**Fecha:** 09/08/2024

**Identificación:** CC: 1000898347

**Fecha Nacimiento:** 29/11/2002

**Cargo:** CONDUCTOR

**Edad:** 21 AÑOS

**Género:** MASCULINO

**Estado Civil:** SOLTERO(A)

**Dirección:** CALLE 50 D 84-08

**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

## RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

## RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

## RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

## MÉDICO

Raul Zapata

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404

L.S.O S2017060104075

## PACIENTE

Luis Herrera Valencia

Firma:

Nombre: HERRERA VALENCIA LUIS FELIPE

CC: 1000898347