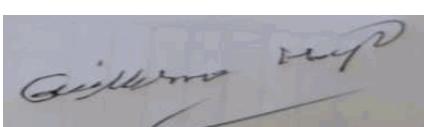



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
Nº 5.234

| | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
| 26 DÍA | 03 MES | 2025 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO PARA CONDUCTORES | | | |
| Ciudad | | | | | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE | | | | | | | |
| PARTICULARES ALIANZA SALUD LABORAL SAS | | | | PARTICULARES | | | |
| 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) | | | | | | | |
| CORTES HERNANDEZ JESUS NORBERTO | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | | | MASCULINO | 59 AÑOS 2 MESES 16 DÍAS | CC | 79387852 |
| Apellidos y Nombres | | | | | | Tipo | Número |
| Cargo CONTRATISTA CONDUCTOR | | | | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PUEDE CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU CARGO. | | | | | | | |
| Observaciones: CONDUCTOR VEHICULO LIVIANO | | | | | | | |
| 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: | | | | | | | |
| AUDIOMETRIA | | | | ✓ | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR | | ✓ |
| VISIONETRIA | | | | ✓ | PRUEBA MENTAL Y MOTRIZ CONDUCTORES | | ✓ |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | | |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | SVE VISUAL SVE AUDITIVO SVE CARDIOVASCULAR PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL SVE OSTEOMUSCULAR | | | HABITOS SALUDABLES CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD IMPLEMENTADOS POR LA ORGANIZACIÓN. | | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| LLEVAR LA VENTANILLA DEL LADO IZQUIERDO CERRADA Y VOLUMEN BAJO DEL RADIO. CONTROL OPTOMÉTRICO ANUAL, CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO | | | | | | | |
| 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 | | | | Aspirante o Trabajador | | | |
|  | | | |  | | | |
| Firma: | | | | Firma: | | | |
| Nombre: HOYOS NAVARRO JOSE GUILLERMO | | | | Nombre: CORTES HERNANDEZ JESUS NORBERTO | | | |
| R. M.: 79152266 | | L.S.O.: 14076 18/03/2024 | | Código de Seguridad | | CC: 79387852 | |
| S1187Y1E5234 | | | | | | | |