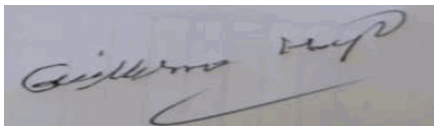





N° 5.234

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

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 LABORO 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 PUEDEN CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU CARGO.							
Observaciones: CONDUCTOR VEHICULO LIVIANO							
N/A		NO SE EVALUARÁN 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			
VISIONOMETRIA				PRUEBA MENTAL Y MOTRIZ CONDUCTORES			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				SVE VISUAL		HABITOS SALUDABLES	
				SVE AUDITIVO		CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD IMPLEMENTADOS POR LA ORGANIZACIÓN.	
				SVE CARDIOVASCULAR			
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			
				SVE OSTEOMUSCULAR			
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				CC: 79387852			
L.S.O.: 14076 18/03/2024				Código de Seguridad			
				S1187Y1E5234			