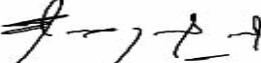




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 2.569

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
14	01	2025	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO			PARTICULARES 1				
Nombre de la empresa			Empresa en misión				
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
ACUÑA ALARCON JHON JOEL			Genero	Edad	Documento de Identificación		
Apellidos y Nombres			MASCULINO	48 AÑOS 6 MESES 29 DÍAS	CC	79743618	
					Tipo	Número	
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO							
Observaciones: NO APLICA							
APTO	PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS						
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA	NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA			✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEO muscular			✓
OPTOMETRÍA			✓	TEST DE COORDINACIÓN MOTORA O PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			✓
AUDIOMETRÍA			✓	-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL		SVE VISUAL			HÁBITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEO muscular					
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO							
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			Aspirante o Trabajador				
							
Firma:			Firma:				
Nombre: FLOREZ PARRA LUIS ENRIQUE			Nombre: ACUÑA ALARCON JHON JOEL				
R. M.: 118965		L.S.O.: 4335/18		Código de Seguridad		CC:	
				G1429M1S2569		79743618	