



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 30.571

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
21 DÍA	06 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				JULIO CESAR VELOZA NIT: 10262637268			
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)							
MARTINEZ DUQUE HAROLT MAURICIO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	29 AÑOS 7 MESES 22 DÍAS	CC	1030646627
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON RECOMENDACIONES PARA LA LABOR ASIGNADA Observaciones: SOBREPESO- HERNIA UMBILICAL- ASTIGMATISMO LEVE SIN CORRECCION- HIPERLIPIDEMIA MIXTA LEVE-							
APTO		PARA TRABAJAR EN ALTURAS					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
NO MANEJO DE CARGAS				TEMPORAL		MAYOR 20KG	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
AUDIOMETRÍA				TRIGLICERIDOS			
VISIOMETRÍA				EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR			
GLICEMIA				EXAMEN PSICOMÉTRICO			
COLESTEROL TOTAL				EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : DE DESCANSO			USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			SVE VISUAL			CONTROL DE PESO	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
VALORACIÓN POR EPS : CIRUGIA GENERAL- OPTOMETRIA			SVE OSTEOMUSCULAR			HACER DEPORTE	
			NO ALZAR PESO MAYOR DE : 20KG			DIETA BALANCEADA : HIPOLIPIDICA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA: APROBADA 5/5 PRUEBA PSICOMETRICA: APROBADA							
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

Dra. Julieth Garay Urbina
Especialista en Seguridad y Salud
en el trabajo
Res. 987 de 27 / 01 / 2020

Firma: _____

Nombre: GARAY URBINA JULIETH ANDREA

R. M.: 1033765179

L.S.O.: 987 DE 27 ENERO 2020



Código de Seguridad

W895C1130571

Aspirante o Trabajador

HAROLT

Firma: _____

Nombre: MARTINEZ DUQUE HAROLT MAURICIO

CC: 1030646627

