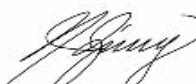




Nº 12.322

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
03 DÍA	01 MES	2023 AÑO	SANTAFÉ DE ANTIOQUIA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
				Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTES SUPERIOR S.A.S				TRANSPORTES SUPERIOR S.A.S			
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)							
TABORDA RUIZ ALEXIS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	44 AÑOS 10 MESES 8 DÍAS	CC	8431803
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>SIN RESTRICCIONES PARA SU CARGO/PUEDE CONTINUAR EN SU CARGO</b>							
Observaciones: NO APLICA							
<b>CUMPLE</b>		CUMPLE REQUISITOS DE APTITUD PARA TRABAJAR COMO CONDUCTOR					
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA	NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
AUDIOMETRÍA				✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	✓	
PAQUETE PRUEBA PSICOSENSOMETRICA DE CONDUCTORES + AUDIOMETRÍA + VISIONMETRIA + EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL.				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SIN RESTRICCIONES PARA SU CARGO DE CONDUCTOR							
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: GOMEZ SUAREZ NEFTALI				Nombre: TABORDA RUIZ ALEXIS			
R. M.: 5-3297-10		L.S.O.: 2017060104073		Código de Seguridad		CC: 8431803	
<b>J272P1V12322</b>							