



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 14.214

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
04 DÍA	09 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	INGRESO CONDUCTOR - CONVENIO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
GLOBALBUS S.A.S.				GLOBALBUS 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 Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
TABORDA SICERQUIA OSCAR EDUARDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	23 AÑOS 10 MESES 10 DÍAS	CC	1001500940
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PUEDE DESEMPEÑARSE EN EL CARGO. SE EVIDENCIA(N) CONDICIONE(S) DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON EL CARGO.							
Observaciones: NO APLICA							
APTO	PARA CONDUCIR						
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA	NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
FICHA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR - CONVENIO			✓	PRUEBA MULTIDROGAS DOS SUSTANCIAS - CONVENIO			✓
AUDIOMETRÍA - CONVENIO			✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO - CONVENIO			✓
VISIOMETRÍA - CONVENIO			✓	-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE CARDIOVASCULAR			FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO		
VALORACIÓN POR EPS					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- SE PRESENTA UNA ALTERACIÓN EN EL PESO CORPORAL. SE SUGIERE UNA CONSULTA CON NUTRICIONISTA EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA EVALUAR Y DETERMINAR EL MANEJO A SEGUIR.							
<p>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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							

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

Firma:

Nombre: CC: 1083456484 - KAREN PAOLA MEI ENDEZ



Aspirante o Trabajador

oscar taborda

Firma:

Nombre: TABORDA SICERQUIA OSCAR EDUARDO



R. M.: 52101814

L.S.O.: 2021060091867

Código de Seguridad

CC:

1001500940

T1088Z1F14214