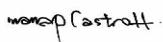



Nº 13.945

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO CONDUCTOR - CONVENIO			
11 DÍA	08 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)				
Ciudad				DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE GLOBALBUS S.A.S.			
Nombre de la empresa							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
ZULUAGA VELEZ CARLOS ANDRES				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	22 AÑOS 2 MESES 26 DÍAS	CC	1001545359
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PUEDE DESEMPEÑARSE EN EL CARGO. NO SE EVIDENCIA(N) CONDICIONE(S) DE SALUD QUE PUDIERAN INTERFERIR 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			HÁBITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
IMPLEMENTAR AUTOCUIDADO EN LA EJECUCIÓN DE LAS TAREAS.							
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.							
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: CC: 45557488 - VIVIANA PAOLA CASTRO				Nombre: ZULUAGA VELEZ CARLOS ANDRES			
R. M.: 478188		L.S.O.: 3487		Código de Seguridad		CC: 1001545359	
Y1088E1K13945							