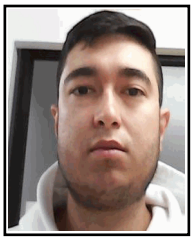
Colmédicos de Oriente S.A.
Seguridad y Salud en el trabajo

NIT. 811019808-1
Carrera 51 N 49 – 07 Edificio Los Heroes - Tels. 5611916- 5613423
E-mail. colmedicosdeoriente@yahoo.com
www.colmedicosdeorientesa.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 52.596

23 DÍA	12 MES	2024 AÑO	RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO ADMON GIG 122	CONSORCIO ADMON GIG 122

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación (Tipo)	Documento de Identificación (Número)
MONTOYA ALVAREZ JULIAN ESTEBAN	MASCULINO	25 AÑOS 7 MESES 20 DÍAS	CC	1036786042

Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Número de hijos	Teléfono	Dirección	Municipio
04/05/1999	SOLTERO(A)	0	3133690490	VDA SAN MIGUEL SANTA CRUZ	LA UNIÓN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

Escolaridad	Responsable	Teléfono del Responsable	EPS	ARL
TECNÓLOGO	CLAUDIA ALVAREZ	3196025069	SURA	SURA

Cargo
CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD CORREGIBLE QUE PUEDE INTERFERIR CON LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *USANDO LENTES DE CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE PARA TRABAJAR*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : CONSULTAR CON OPTÓMETRA PORQUÉ REQUIERE RENOVAR SUS LENTES Y USARLOS PERMANENTEMENTE	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	EDUCACIÓN EN NORMAS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL DE RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SU CARGO	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

COMO RECOMENDACIÓN GENERAL PARA EL CARGO DE CONDUCTOR DE CUALQUIER TIPO DE VEHÍCULO, SE ACONSEJA DESCARTAR ALTERACIONES EN EL METABOLISMO DE CARBOHIDRATOS Y LÍPIDOS, ALTERACIONES VISUALES, ALTERACIONES CARDIOVASCULARES, ALTERACIONES AUDITIVAS, ALTERACIONES PSICOSENSORIALES Y HÁBITOS INSEGUROS QUE PUEDAN SER DE RIESGO PARA ACCIDENTES. POR ELLO SE RECOMIENDA EVALUAR ESTO POR MEDIO DE: GLICEMIA EN AYUNAS, PERFIL LIPÍDICO, VISIOMETRÍA, AUDIOMETRÍA, PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA, PANEL MULTIDROGAS Y ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS MAYORES DE 45 AÑOS.

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.

Médico



Firma:

Nombre: SOSA ALVAREZ ALEX

R. M.: 05-0142-09 **L.S.O.:** 2018060237086

Código de Seguridad

D835J1P52596

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MONTOYA ALVAREZ JULIAN ESTEBAN

CC: 1036786042