Gesstionar servicios empresariales

Nit 1075218065-1
Dirección CARRERA 9 # 11-13. Centro medico La Sabana. oficina 404. barrio La Toma.
Neiva Huila
Teléfonos 315 272 1766 / 315 544 5529
Correo electrónico gesstionar.neiva@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.585

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	01 MES	2026 AÑO	NEIVA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
INGENIERIA DE LA CONSTRUCCION E INTERVENTORIA S.A.S.	INGENIERIA DE LA CONSTRUCCION E INTERVENTORIA S.A.S.

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4923 - TRANSPORTE DE CARGA POR CARRETERA.

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	Género	Edad	Documento de Identificación	
VELASQUEZ ANDAPIÑA CRISTIAN FERNANDO	MASCULINO	23 AÑOS 7 MESES 15 DÍAS	CC (Tipo)	1004493841 (Número)

Cargo

CONDUCTOR

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PROTECCION	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS

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 MÉDICA OCUPACIONAL	✓	TRIGLICERIDOS	✓
AUDIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	✓	COLESTEROL HDL	✓
VISIOMETRIA	✓	COLESTEROL LDL	✓
GLICEMIA EN AYUNAS	✓	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	

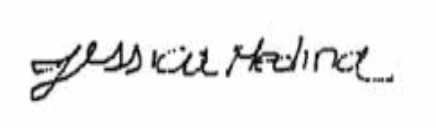
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIONES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	HÁBITOS SALUDABLES
	USO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN A RIESGOS	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN EN MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS	
	OTROS : USO DE GAFAS DE PROTECCION	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PSICOSENSOMETRICO APTO
AUDIOMETRIA NORMAL
VISIOMETRIA NORMAL
GLICEMIA NORMAL
PERFIL LIPIDICO NORMAL

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:

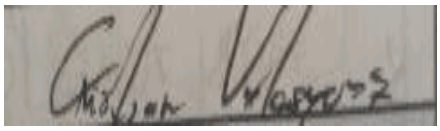
Nombre: CC: 26586364 - JESSICA MEDINA

R. M.: 83221 **L.S.O.:** 0332

Código de Seguridad

V1333B1H4585

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: VELASQUEZ ANDAPIÑA CRISTIAN FERNANDO

CC: 1004493841