
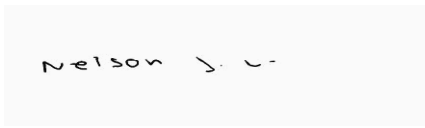




**N° 25.789**

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
01 DÍA	08 MES	2025 AÑO	SANTAFÉ DE ANTIOQUIA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTES MULTIMODAL GROUP S.A.S				TRANSPORTES MULTIMODAL GROUP 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)							
JARAMILLO VARGAS NELSON HUMBERTO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	50 AÑOS 4 MESES 27 DÍAS	CC	71752775
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO</b>							
Observaciones: VER RECOMENDACIONES							
CUMPLE		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:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				ELECTROCARDIOGRAMA			
AUDIOMETRÍA				PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			
GLICEMIA				TEST DROGAS DE ABUSO (MARIHUANA Y COCAINA)			
VISIONOMETRIA.				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIONISTA				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
				SVE VISUAL		CONTROL DE PESO	
				SVE AUDITIVO		DIETA BALANCEADA	
				SVE CARDIOVASCULAR			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PUEDE LABORAR COMO CONDUCTOR, SE REALIZA EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR, EL CUAL NO PRESENTA ALTERACION A LA FECHA							
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: 73227671 - REINEL ANTONIO CASTRO				Nombre: JARAMILLO VARGAS NELSON HUMBERTO			
R. M.: 13390999				CC: 71752775			
L.S.O.: 2020060005371				Código de Seguridad			
				<b>B272H1N25789</b>			