



Nº 25.789

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

01 DÍA	08 MES	2025 AÑO	SANTAFÉ DE ANTIOQUIA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
Ciudad				EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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

CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

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)	✓
VISIONETRIA.	✓	-----	-----

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

Firma:

Nombre: CC: 73227671 - REINEL ANTONIO CASTRO

R. M.: 13390999

L.S.O.: 2020060005371



Código de Seguridad

B272H1N25789

Aspirante o Trabajador

Nelson V. -

Firma:

Nombre: JARAMILLO VARGAS NELSON HUMBERTO