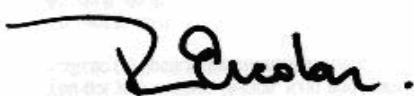
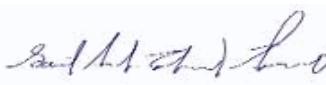




Nº 10.595

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
16 DÍA	11 MES	2024 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PERIÓDICO				
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRAMITAR CONDUCCION S.A.S			TRAMITAR CONDUCCION 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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
ESCOBAR TORO SAUL ANDRES			Genero	Edad	Documento de Identificación		
			MASCULINO	49 AÑOS 1 MESES 8 DÍAS	CC	98625969	
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
PUEDE CONTINUAR LABORANDO							
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:							
AUDIOMETRÍA			✓	PRUEBAS PSICOSENSOMETRICA			✓
VISIOMETRIA OCUPACIONAL POR OPTOMETRA			✓	EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
BAJAR DE PESO, DIETA HIPOCALÓRICA, EJERCICIO REGULAR 2 - 3 VECES POR SEMANA							
CONSULTAR EN EPS CON MEDICINA GENERAL PARA ESTUDIO Y MANEJO POR HALLAZGOS AL EXAMEN FÍSICO							
CONTROL ANUAL CON OPTOMETRÍA							
USO DE LENTES SEGÚN RECOMENDACIÓN DE OPTOMETRÍA							
<p>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.</p>							
Médico			Aspirante o Trabajador				
 Firma: Nombre: ESCOBAR VELILLA ROBERTO JAIRO			 Firma: Nombre: ESCOBAR TORO SAUL ANDRES				
R. M.: 5-0933-00		L.S.O.: 2021060130157		Código de Seguridad	CC:	98625969	
Q1354W1C10595							



A1354G57M1059

Nº 10595

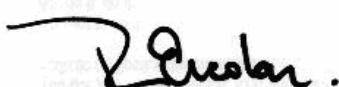
RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	11 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PERIÓDICO			
				Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRAMITAR CONDUCCION S.A.S				TRAMITAR CONDUCCION 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)							
ESCOBAR TORO SAUL ANDRES				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	49 AÑOS 1 MESES 8 DÍAS	CC	98625969
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo CONDUCTOR							
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO							
RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES							
DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE							
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES							
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP							
RECOMENDACIONES MÉDICAS							
USAR CORRECCIÓN VISUAL							

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante



Profesional: ESCOBAR VELILLA ROBERTO JAIRO
 R. M.: 5-0933-00 L.S.O.: 2021060130157
 Especialidad: MEDICO

FIRMA AQUÍ

Documento: _____
 Nombre: _____
 Fecha: _____

FIRMA AQUÍ

Documento: _____
 Nombre: _____
 Fecha: _____