



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

**N° 10.595**

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 LABORO 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	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	49 AÑOS 1 MESES 8 DÍAS	CC	98625969
						Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>PUUEDE CONTINUAR LABORANDO</b>							
Observaciones: <b>NO APLICA</b>							
<b>APTO</b> 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		
VISIONOMETRIA OCUPACIONAL POR OPTOMETRIA				✓	EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL				USO DE EPP		HÁBITOS 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							
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: ESCOBAR VELILLA ROBERTO JAIRO				Nombre: ESCOBAR TORO SAUL ANDRES			
R. M.: 5-0933-00		L.S.O.: 2021060130157		Código de Seguridad		CC: 98625969	
<b>Q1354W1C10595</b>							



Código de Seguridad

**A1354G57M1059**

**N° 10595**



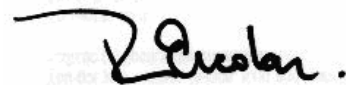
## RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

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 LABORO 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	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	49 AÑOS 1 MESES 8 DÍAS	CC	98625969
Carga						Tipo	Número
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 JAIRÓ  
R. M.: 5-0933-00 L.S.O.: 2021060130157  
Especialidad: MEDICO

FIRMA AQUÍ

Documento: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

FIRMA AQUÍ

Documento: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_