



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

**N° 931**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
27 DÍA	06 MES	2025 AÑO	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS				TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS			
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)							
ESCORCIA CAMARGO WILLINGTON RICARDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	53 AÑOS 2 MESES 8 DÍAS	CC	72179749
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO</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:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				ELECTROCARDIOGRAMA			
AUDIOMETRÍA TAMIZ				GLICEMIA EN AYUNAS			
VISIOMETRÍA TAMIZ				PRUEBA PSICOMOTRIZ			
COLESTEROL TOTAL				TRIGLICERIDOS			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL			SVE VISUAL			HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			CAPACITACIÓN : SEGURIDAD VIAL.			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
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: CORDOBA VILLALBA JESUS BENITO				Nombre: ESCORCIA CAMARGO WILLINGTON RICARDO			

R. M.: 182

L.S.O.: 4024

Código de Seguridad

CC: 72179749

**Z1736F1L931**