



Nº 931

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

27 DÍA	06 MES	2025 AÑO	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL  <b>EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO</b>
Ciudad				

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

**TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS**

Nombre de la empresa

**TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS**

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

**CONDUCTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO**

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:**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	GLICEMIA EN AYUNAS	✓
VISIONETRÍA 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Jesús Cordero V.

Firma:

Nombre: CORDOBA VILLALBA JESUS BENITO



**Aspirante o Trabajador**

1. Luisa e

Firma:

Nombre: ESCORCIA CAMARGO WILLINGTON RICARDO

R. M.: 182

L.S.O.: 4024

Código de Seguridad CC:

72179749

**Z1736F1L931**