



N° 116.249

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
10 DÍA	07 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
CHAMACO TRANSPORTE ESPECIAL S.A.S				CHAMACO TRANSPORTE ESPECIAL 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)							
IDARRAGA MUÑOZ ALEIXI				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	22 AÑOS 10 MESES 21 DÍAS	CC	1000411481
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Teléfonos				Dirección			
3014647812				CR 99 65 300			
CARGO				EPS	AFP	ARL	
CONDUCTOR				EPS SURA	PORVENIR	NO REFIERE	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN RESTRICCIÓN PARA REALIZAR SU LABOR							
Observaciones: NO APLICA							
APTO		PARA LABORES DE CONDUCCIÓN					
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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				✓	GLICEMIA		
AUDIOMETRÍA				✓	PRUEBA DE TOXICOLOGIA PANEL 2		
VISIOMETRÍA				✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
		USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS HIGIENE PERSONAL FRECUENTE			DIETA BALANCEADA		
		USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador:							
Autorizo a la IPS ADILAB - MEDICINA LABORAL que a través del doctor (a) abajo mencionado y firmante que realice mi examen médico ocupacional registrado en este documento. Manifiesto que he asistido a este examen de forma voluntaria y tuve la oportunidad de desistir en cualquier momento. Además, se me informan las medidas para proteger la confidencialidad de mis datos personales, e historia clínica, tales como: solo el paciente puede solicitar la historia clínica completa con sus anexos y sólo si se trata de una acción judicial o con fines de seguridad y salud en el trabajo puede ser solicitada por terceros debidamente autorizados. 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 legislación vigente. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y se me han aclarado dudas al respecto. Por tanto, acepto la realización del examen médico ocupacional y todas las ayudas diagnósticas necesarias para la conceptualización del mismo.							

Médico



Firma: _____

Nombre: CHADID DIAZ ALEJANDRA

R. M.: 1605-02 L.S.O.: 127591



Código de Seguridad

Q1177W1C11624

9

Aspirante o Trabajador



Firma: _____

Nombre: IDARRAGA MUÑOZ ALEIXI

CC: 1000411481