



Nº 108.270

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

02 DÍA	05 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
				EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

Ciudad

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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)

GONZALEZ MUÑOZ ANDERSON ANDRES

Genero	Edad	Documento de Identificación	
MASCULINO	34 AÑOS 1 MESES 28 DÍAS	CC	1018223284
		Tipo	Número

Apellidos y Nombres

Teléfonos

Dirección

3003130143

CL 66 B 97 -93

CARGO

CONDUTOR

EPS

SALUD TOTAL

AFP

PROTECCION

ARL

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 OSTEOARTICULAR



GLICEMIA



AUDIOMETRÍA



PRUEBA DE TOXICOLOGÍA PANEL 2



VISIONETRÍA



EXAMEN PSICOSENSOMETRICO



RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

CONTINUAR MANEJO MÉDICO : SEGUIMIENTO DE
PATOLOGÍA POR LA EPS

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

HABITOS SALUDABLES

ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA
REALIZACIÓN DE LAS TAREAS

HACER DEPORTE

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE
ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO

DIETA BALANCEADA

REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON
TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES
ESTABLECIDOS

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: FUENTES PIMENTA JEANETH

R. M.: 2700724

L.S.O.: 60100192

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: GONZALEZ MUÑOZ ANDERSON ANDRES

CC: 1018223284

Código de Seguridad**Z1177F1L108270**