



Nº 116.149

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 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)								
BUILES VASQUEZ JHON EDISON				Genero	Edad	Documento de Identificación		
				MASCULINO	36 AÑOS 3 MESES 16 DÍAS	CC	1020429945	
Apellidos y Nombres					Tipo	Número		
Teléfonos		Dirección						
3242847248		AV 47 68 21						
CARGO		EPS		AFP		ARL		
CONDUCTOR		SURA		PORVERNIR		NO REFIERE		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL								
SIN RESTRICCION 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			✓
VISIONETRÍA				✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO			✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES			
					DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES								
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador:								
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>								

**Médico**

1113  
theando

Firma:

Nombre: MENA RANGEL INGRID PAOLA

R. M.: 542428/2009

L.S.O.: 2020060112492

**Aspirante o Trabajador**

JHON E BUILES

Firma:

Nombre: BUILES VASQUEZ JHON EDISON

CC: 1020429945

Código de Seguridad

**C1177I1O116149**