



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

**N° 116.149**

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)											
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				✓	
VISIONOMETRÍA				✓		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 diagnosticas necesarias para la conceptualización del mismo.</p>											

**Médico**

1 nP115  
+150000

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: MENA RANGEL INGRID PAOLA

R. M.: 542428/2009 L.S.O.: 2020060112492



Código de Seguridad

**C1177110116149**

**Aspirante o Trabajador**

Jhon E Builes

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: BUILES VASQUEZ JHON EDISON

CC: 1020429945