

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 84.495

|  |           |                            |                                |  |                               |                                     |            |
|--|-----------|----------------------------|--------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------------------|------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN   |           |                            |                                | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL  |                               |                                     |            |
| 19<br>DÍA  | 10<br>MES | 2024<br>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)  |           |                            |                                |  |                               |                                     |            |
| ESPINAL GRANDA ALEJANDRO   |           |                            |                                | Genero   | Edad                          | Documento de Identificación         |            |
| Apellidos y Nombres  |           |                            |                                | MASCULINO  | 25 AÑOS 11 MESES 3 DÍAS       | CC                                  | 1020488727 |
| Teléfonos  |           |                            |                                | Dirección  |                               |                                     |            |
| 3126538123   |           |                            |                                | AV 48 DIAG 61 47   |                               |                                     |            |
| CARGO  |           |                            |                                | EPS  | AFP                           | ARL                                 |            |
| CONDUCTOR  |           |                            |                                | SALUD TOTAL  | PROTECCION                    | 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 |                                     |            |
| VISIOMETRÍA  |           |                            |                                | ✓  | EXAMEN PSICOSENSOMETRICO      |                                     |            |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS  |           |                            |                                | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES  |                               | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |            |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO   |           |                            |                                | USO DE EPP   |                               | HABITOS SALUDABLES                  |            |
|  |           |                            |                                | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL  |                               | HACER DEPORTE                       |            |
|  |           |                            |                                | ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS                              |                               | DIETA BALANCEADA                    |            |
|  |           |                            |                                | USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO                      |                               |                                     |            |
|  |           |                            |                                | 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 diagnosticas necesarias para la conceptualización del mismo.   |           |                            |                                |  |                               |                                     |            |

**Médico**



Firma:

Nombre: FUENTES PIMIENTA JEANETH

R. M.: 2700724

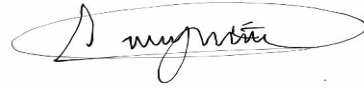
L.S.O.: 60100192



Código de Seguridad

**G1177M1S84495**

**Aspirante o Trabajador**



Firma:

Nombre: ESPINAL GRANDA ALEJANDRO

CC: 1020488727