



Nº 131.916

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
13 DÍA	11 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					
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
CHAMACO TRANSPORTE ESPECIAL S.A.S			CHAMACO TRANSPORTE ESPECIAL S.A.S		
CIIU (Actividad Económica) del empleador: <b>SIN REGISTRAR</b>					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)					
Apellidos y Nombres			Género	Edad	Documento de Identificación
CASTAÑO BURGOS JOHN FREDY			MASCULINO	43 AÑOS 3 MESES 16 DÍAS	CC 71263932 Tipo Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>					
EPS	AFP	ARL			
<b>SALDU TOTAL</b>	<b>PORVENIR</b>	<b>NO REFIERE</b>			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>SIN RESTRICCIÓN PARA REALIZAR SU LABOR</b>					
Observaciones: <b>NO APLICA</b>					
<b>APTO</b>	PARA LABORES DE CONDUCCIÓN				
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA		
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>					
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR		✓	GLICEMIA		✓
AUDIOMETRÍA		✓	PRUEBA DE TOXICOLOGÍA PANEL 2		✓
VISIOMETRÍA		✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO		✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. 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 misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
<b>Médico</b>			<b>Aspirante o Trabajador</b>		
					
Firma:			Firma:		
Nombre: CC: 1067866134 - CECILIA DEL CARMEN SANCHEZ			Nombre: CASTAÑO BURGOS JOHN FREDY		
R. M.: 70210/215			CC: 71263932		
L.S.O.: 2020060022482			T1177Z1F131916		
 Código de Seguridad					