

Fecha

07/03/2025

Señores

CHAMACO TRANSPORTE ESPECIAL

Medellín

El día 06 de Marzo del 2025, se le realizó exámen teórico práctico al señor JUAN CARLOS RODRIGUEZ TORRES con Documento 1.072.920.860 Para licencia de categoría C2.

Los siguientes son los resultados :

El Usuario No Cuenta con Multas.

EVALUACIÓN TEÓRICA Resolución : 2022304009425			
MODULO	Preguntas Aprobadas	Preguntas Reprobadas	Calificación
Núcleo 1 : Señalización e infraestructura vial	12	3	4
Núcleo 2 : Formación integral, ética y valores	7	3	3.5
Núcleo 3 : Movilidad segura y sostenible	13	1	4.6
Núcleo 4: Normas de transito	8	3	3.6
CALIFICACIÓN EVALUACIÓN TEÓRICA El estándar de aprobación del examen teórico es de 3 sobre 5		4	

EVALUACIÓN PRÁCTICA El estándar de aprobación del examen práctico es de 3 sobre 5			
Inspección pre operacional	0.5	Maniobras de cruces y adelantamiento	0.1
Ajustar el asiento, cabrilla y espejos	0.1	Utilización calzadas y carril	0.5
Puesta en marcha del vehículo	0.2	Maniobras con el cambio de reversa	0.2
Como maneja partes del vehículo: Clutch, acelerador y freno	0.6	Entrada y salida en curva	0.6
Como es el manejo de la velocidad: si sigue la normatividad	0.5	Utilización de señales luminosas (direccionales)	0.075
La distancia de reacción frenada y parada	0.1	Respeto de marcaciones viales y señales de transito	0.2
Marcha regresiva de 2da, 3ra y 4ta progresiva	0.1	Parqueo: Estacionamiento en reversa	0.6
Puesta en marcha del vehículo en pendiente y bajada	0.4	Afrontar intersecciones	0.2
TOTAL : 5			

Resultados

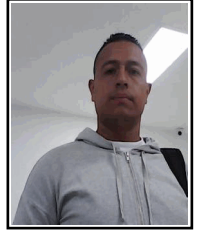
Obtuvo una calificación 4 en examen teórico y 5 en examen práctico por lo cual se da como APROBADO el examen teórico y APROBADO el examen práctico.

Pablo Andrés Jiménez

Director Administrativo

Grupo Antioqueño de Educación para el empleo GAEE SAS

NIT: 901.373.701



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 102.212

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
06 DÍA	03 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)							
RODRIGUEZ TORRES JUAN CARLOS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	36 AÑOS 4 MESES 17 DÍAS	CC	1072920860
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Teléfonos				Dirección			
3105959866				CR 55 D 38 A 33			
CARGO				EPS	AFP	ARL	
CONDUCTOR				EPS SURA	COLFONDOS	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 OSTEOMUSCULAR				✓	GLICEMIA		
AUDIOMETRÍA				✓	PRUEBA DE TOXICOLOGIA PANEL 2		
VISIOMETRÍA				✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
						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



Firma: _____

Nombre: SANCHEZ CASAS CECILIA DEL CARMEN

R. M.: 70210/215

L.S.O.: 2020060022482

Código de Seguridad

O1177U1A102212



Aspirante o Trabajador



Firma: _____

Nombre: RODRIGUEZ TORRES JUAN CARLOS

CC: 1072920860



Código de Seguridad

L1177R57X10221



N° 102212

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
06 DÍA	03 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)									
RODRIGUEZ TORRES JUAN CARLOS				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				MASCULINO		36 AÑOS 4 MESES 17 DÍAS		CC 1072920860	
Apellidos y Nombres						Tipo		Número	
Cargo CONDUCTOR									
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO									
RECOMENDACIONES Hábitos y estilos de vida saludables									
HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA									
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES									
USO DE EPP, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL									

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

FIRMA AQUÍ

Recibido por el trabajador o aspirante

FIRMA AQUÍ

Profesional: SANCHEZ CASAS CECILIA DEL CARME

R. M.: 70210/215 L.S.O.: 2020060022482

Especialidad:

Documento:

Nombre:

Fecha:

Documento:

Nombre:

Fecha: