

**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.**

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

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

**Resultados**

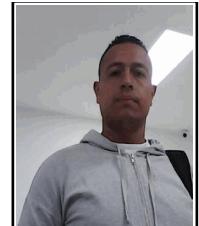
Obtuvo una calificación 4 en examen teórico y 5 en examen práctico por lo cual se da como APROBADO el examen teórico y APROBADO el examen práctico.


**Pablo Andrés Jiménez**

Director Administrativo

Grupo Antioqueño de Educación para el empleo GAEE SAS

NIT: 901.373.701



Nº 102.212

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

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 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)							
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 EPS SURA		AFP COLFONDOS		ARL NO REFIERE	
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>SIN RESTRICCIÓN PARA REALIZAR SU LABOR</b>							
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 TOXICOLOGÍA PANEL 2		✓
VISIONETRÍA				✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO		✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		USO DE EPP PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES 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 diagnósticas 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



Nº 102212

**L1177R57X102212**

## 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 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)							
RODRIGUEZ TORRES JUAN CARLOS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	36 AÑOS 4 MESES 17 DÍAS	CC	1072920860
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
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

Documento:

Documento:

R. M.: 70210/215

L.S.O.: 2020060022482

Nombre:

Nombre:

Especialidad:

Fecha:

Fecha: