



Nº 130.567

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

31 DÍA	10 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
				EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

CHAMACO TRANSPORTE ESPECIAL S.A.S

Nombre de la empresa

CHAMACO TRANSPORTE ESPECIAL S.A.S

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)

LAVERDE CARTAGENA CRISTIAN CAMILO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	34 AÑOS 7 MESES 11 DÍAS	CC	1128477614
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Teléfonos

Dirección

3118428948

CR 82 53 A 31 INT 1133

CARGO

EPS

AFP

ARL

CONDUTOR

LA NUEVA EPS

PORVENIR

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 OSTEOARTROSCÓPICA	✓	GLICEMIA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PRUEBA DE TOXICOLOGÍA PANEL 2	✓
VISIONETRÍA	✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO	✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	DIETA BALANCEADA

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 diagnósticas necesarias para la conceptualización del mismo.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 23220569 - ALEJANDRA CHADID

R. M.: 1605-02

L.S.O.: 127591

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: LAVERDE CARTAGENA CRISTIAN CAMILO

Código de Seguridad

CC: 1128477614

H1177N1T130567