



Nº 108.291

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

02 DÍA	05 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
				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

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)

GIRALDO RUA CRISTIAN DAVID

Genero	Edad	Documento de Identificación	
MASCULINO	29 AÑOS 4 MESES 21 DÍAS	CC	1214732551
		Tipo	Número

Apellidos y Nombres

Teléfonos

Dirección

3006610957

CR 41 83 A 13

CARGO

EPS

EPS SURA

AFP

PROTECCION

ARL

NO REFIERE

CONDUCTOR

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 OSTEO muscular



GLICEMIA



AUDIOMETRÍA



PRUEBA DE TOXICOLOGÍA PANEL 2



VISIONETRÍA



EXAMEN PSICOSENSOMETRICO



RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

USO DE EPP

CONTROL DE PESO

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

HACER DEPORTE

DIETA BALANCEADA

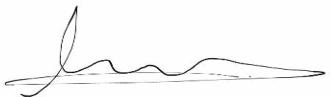
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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: LONDOÑO MEJÍA ANA MARÍA

R. M.: 2640-5

L.S.O.: 2024060419481

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: GIRALDO RUA CRISTIAN DAVID

CC: 1214732551

Código de Seguridad**A1177G1M10829**

1