



Nº 103.891

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	03 MES	2025 AÑO	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) GALVIS ATEHORTUA FABIO NELSON Genero Edad Documento de Identificación Apellidos y Nombres MASCULINO 39 AÑOS 10 MESES 6 DÍAS CC 70909647 Teléfonos Dirección 3233211402 CLL 52C 54-10 CARGO EPS AFP ARL CONDUTOR LA NUEVA EPS NO REIERE NO REIERE 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 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 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**I1177O1U103891****Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: GALVIS ATEHORTUA FABIO NELSON

CC: 70909647