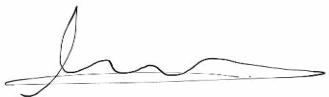




Nº 123.353

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
04 DÍA	09 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)							
OSPINAS ZAPATA DIEGO FERNANDO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	43 AÑOS 1 MESES 27 DÍAS	CC	71261284
Apellidos y Nombres						Tipo Número	
Teléfonos		Dirección					
CRA 26 CC 37 71							
CARGO		EPS	AFP	ARL			
CONDUCTOR		EPS SURA	PROTECCION	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 TOXICOLOGÍA PANEL 2			✓
VISIONETRÍA			✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO			✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO		
					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: CC: 32142396 - ANA MARÍA LONDOÑO

R. M.: 2640-5

L.S.O.: 2024060419481

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: OSPINA ZAPATA DIEGO FERNANDO

CC: 71261284

Código de Seguridad

S1177Y1E123353