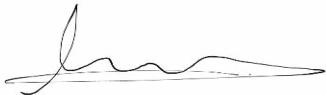


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 75.990

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
12 DÍA	08 MES	2024 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)							
ESPINOSA OSORIO ROBERTO ANTONIO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	43 AÑOS 3 MESES 13 DÍAS	CC	71272278
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Teléfonos		Dirección					
3003543672		CR 27 N 26 A 25					
CARGO		EPS	AFP	ARL			
CONDUCTOR		SALUD TOTAL	COLPENSIONES	NO REFIERE			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN RESTRICCION 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 TOXICOLOGIA PANEL 2			
VISIONETRÍA			✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL DE PESO POR NUTRICIÓN		USO DE EPP			CONTROL DE PESO		
		SVE CARDIOVASCULAR			HACER DEPORTE		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			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: LONDOÑO MEJÍA ANA MARÍA

R. M.: 2640-5

L.S.O.: 136333

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: ESPINOSA OSORIO ROBERTO ANTONIO

CC: 71272278

Código de Seguridad**V1177B1H75990**