



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 109.131**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
09 DÍA	05 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	<b>EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO</b>			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
<b>CHAMACO TRANSPORTE ESPECIAL S.A.S</b>				<b>CHAMACO TRANSPORTE ESPECIAL S.A.S</b>			
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)							
<b>CASTAÑO ARIAS HECTOR GIOVANNI</b>				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	48 AÑOS 0 MESES 3 DÍAS	CC	71768320
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Teléfonos				Dirección			
3128368604				VILLA HERMOSA			
CARGO				EPS	AFP	ARL	
<b>CONDUCTOR</b>				SANITAS	PROTECCION	NO REFIERE	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
<b>SIN RESTRICCION PARA REALIZAR SU LABOR</b>							
Observaciones: <i>NO APLICA</i>							
<b>APTO</b>		PARA LABORES DE CONDUCCIÓN					
<b>RESTRICCIONES LABORALES</b>				<b>TIPO</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>							
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				✓	GLICEMIA		
AUDIOMETRÍA				✓	PRUEBA DE TOXICOLOGIA PANEL 2		
VISIOMETRÍA				✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO		
<b>RECOMENDACIONES MÉDICAS</b>				<b>RECOMENDACIONES OCUPACIONALES</b>		<b>HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES</b>	
USAR CORRECCIÓN VISUAL				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
				ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS		HACER DEPORTE	
				USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO		DIETA BALANCEADA	
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
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 diagnosticas necesarias para la conceptualización del mismo.</p>							

**Médico**

Roger G.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: GOMEZ PUERTA ROGER IVAN

R. M.: 63-1035-2012

L.S.O.: 2020060116344

Código de Seguridad

**Q1177W1C10913**

**1**



**Aspirante o Trabajador**

Hector Castaño

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: CASTAÑO ARIAS HECTOR GIOVANNI

CC: 71768320