



Nº 124.528

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

12 DÍA	09 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

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)

MEJIA JARAMILLO YEISON ARLEY

Genero	Edad	Documento de Identificación	
MASCULINO	34 AÑOS 6 MESES 0 DÍAS	CC	1017188881
		Tipo	Número

Apellidos y Nombres

Teléfonos

Dirección

3045505888

CLL 104 A 50-70

CARGO

CONDUCTOR

EPS

NUEVA EPS

AFP

NO REFIERE

ARL

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 OSTEOARTICULAR



GLICEMIA



AUDIOMETRÍA



PRUEBA DE TOXICOLOGÍA PANEL 2



VISIONETRÍA



EXAMEN PSICOSENSOMETRICO



RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

USAR CORRECCIÓN VISUAL

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

HABITOS SALUDABLES

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

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

REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES ESTABLECIDOS

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: CC: 56083966 - JEANETH FUENTES

R. M.: 270024

L.S.O.: 60100192

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: MEJIA JARAMILLO YEISON ARLEY

CC: 1017188881

Código de Seguridad

C1177I1O124528