



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 56.946

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
07 DÍA	02 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO					
Ciudad									
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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)									
BUSTOS SANTOFIMIO HAROLD STIKD				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				MASCULINO		27 AÑOS 10 MESES 10 DÍAS		CC 1035873015	
Apellidos y Nombres						Tipo		Número	
Teléfonos				Dirección					
3147207805				CALLE 57 B N119 A 16					
CARGO				EPS		AFP		ARL	
CONDUCTOR				EPS SURA		PORVENIR		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				✓		VISIOMETRÍA		✓	
AUDIOMETRÍA				✓		EXAMEN PSICOSENSOMETRICO		✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES			
						DIETA BALANCEADA			
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 diagnosticas necesarias para la conceptualización del mismo.									
Médico				Aspirante o Trabajador					
Firma:				Firma:					
Nombre: LEAL NARVAEZ HIULBER ANTONIO				Nombre: BUSTOS SANTOFIMIO HAROLD STIKD					

R. M.: 050373-02

L.S.O.: LIC. 5040

Código de Seguridad

CC: 1035873015

C117711056946