



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 116.178

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
11 DÍA	07 MES	2025 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)							
OCAMPO GOMEZ JOHAN SEBASTIAN				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	31 AÑOS 9 MESES 23 DÍAS	CC	1216713988
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Teléfonos				Dirección			
3011469337				CALLE 63 N 84 A 26			
CARGO				EPS	AFP	ARL	
CONDUCTOR				SAVIA SALUD	PPORVENIR	NO REFIERE	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
PUEDE REALIZAR SU LABOR CON RECOMENDACIONES							
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		
VISIOMETRÍA				✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		USO DE EPP			DEJAR DE FUMAR		
VALORACIÓN POR EPS : INGRESO MANEJO Y CONTROLES DE PATOLOGIA DE BASE POR MEDICINA GENERAL		SVE VISUAL			CONTROL DE PESO		
		SVE CARDIOVASCULAR			HACER DEPORTE		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA		
		USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE Y OBLIGATORIA PARA LABORAR					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PACIENTE CON PATOLOGIA DE BASE QUE SE RECOMIENDA: 1. INGRESO CONTROLES DE PATOLOGIA EN SU EPS 2. SEGUIMIENTO EXTRICTO DE PATOLOGIA DE BASE POR SU EPS 3. SEGUIR RECOMENDACIONES DE MEDICOS TRATANTES 4. PERMITIR LA ASISTENCIA A CITAS MEDICAS							

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: 32142396 - ANA MARÍA LONDOÑO

R. M.: 2640-5 L.S.O.: 2024060419481



Código de Seguridad

A1177G1M11617

8

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: OCAMPO GOMEZ JOHAN SEBASTIAN

CC: 1216713988