

**Nº 116.178**

## **CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

<b>11</b> DÍA	<b>07</b> MES	<b>2025</b> AÑO	<b>MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)</b>  Ciudad	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
				<b>EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO</b>

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

**CHAMACO TRANSPORTE ESPECIAL S.A.S**

Nombre de la empresa

**CHAMACO TRANSPORTE ESPECIAL S.A.S**

**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>OCAMPO GOMEZ JOHAN SEBASTIAN</b>	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	31 AÑOS 9 MESES 23 DÍAS	CC	1216713988

Apellidos y Nombres

Teléfonos	Dirección		
<b>3011469337</b>	<b>CALLE 63 N 84 A 26</b>		

CARGO

EPS

AFP

ARL

**CONDUTOR**

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 OSTEO muscular	✓	GLICEMIA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PRUEBA DE TOXICOLOGIA PANEL 2	✓
VISIONETRÍA	✓	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

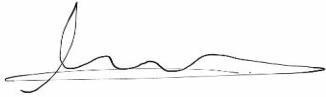
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador:

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

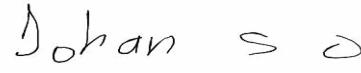
L.S.O.: 2024060419481



Código de Seguridad

**A1177G1M11617**

**Aspirante o Trabajador**



Firma:

Nombre: OCAMPO GOMEZ JOHAN SEBASTIAN

CC: 1216713988