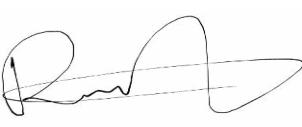




Nº 137.273

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
13 DÍA	01 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
CHAMACO TRANSPORTE ESPECIAL S.A.S			CHAMACO TRANSPORTE ESPECIAL S.A.S		
CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)					
Apellidos y Nombres			Género	Edad	Documento de Identificación
ESPINOSA OSORIO ROBERTO ANTONIO			MASCULINO	44 AÑOS 8 MESES 15 DÍAS	CC Número
Tipo					
Cargo					
CONDUCTOR					
EPS	AFP	ARL			
SALUD TOTAL	SURA	NO REFIERE			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIÓN PARA REALIZAR SU LABOR					
Observaciones: NO APLICA					
APTO	PARA LABORES DE CONDUCCIÓN				
RESTRICIONES 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 TOXICOLOGÍA PANEL 2	
VISIOMETRÍA			✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR MANEJO DE CONDICIÓN REPORTADA EN ENTIDAD DE SALUD		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS			CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIÓN		USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO			HACER DEPORTE
					DIETA BALANCEADA
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. 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 misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
					
Firma:			Firma:		
Nombre: CC: 1044918483 - ORLANDO DE JESÚS ROJANO			Nombre: ESPINOSA OSORIO ROBERTO ANTONIO		
R. M.: 01187			CC: 71272278		
L.S.O.: 00187/2018			Y1177E1K137273		
Código de Seguridad					