



N° 69.852

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

19 DÍA	06 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
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)

ECHEVERRI ARANGO JOHN WILLIAM

Genero	Edad	Documento de Identificación	
MASCULINO	60 AÑOS 8 MESES 7 DÍAS	CC	71664963
		Tipo	Número

Apellidos y Nombres

Teléfonos

Dirección

3127786764

CR 32 N 38 B 33

CARGO

EPS

EPS SURA

AFP

COLPENSIONES

ARL

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	✓	PRUEBA DE TOXICOLOGIA PANEL 2	✓
AUDIOMETRÍA	✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO	✓
VISIONETRÍA	✓	-----	-----

RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

USAR CORRECCIÓN VISUAL : EN VISION CERCANA DE SU LABOR	USO DE EPP SVE VISUAL PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
--------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	--------------------

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE LENTES FORMULADOS EN VISION CERCANA DE SU LABOR

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.