



N° 68.761

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
06 DÍA	06 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)							
BECERRA ACEVEDO JULIO CESAR				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	50 AÑOS 3 MESES 8 DÍAS	CC	71743092
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Teléfonos				Dirección			
3045593626				CLLE 75 N 70 179			
CARGO				EPS	AFP	ARL	
CONDUCTOR				EPS SURA	COLPENSIONES	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				✓	PRUEBA DE TOXICOLOGIA PANEL 2		
AUDIOMETRÍA				✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO		
VISIOMETRÍA				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : ASISTIR A		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
CONTROLES DE PATOLOGIA DE BASE EN EPS							
USAR CORRECCIÓN VISUAL		SVE VISUAL			CONTROL DE PESO		
VALORACIÓN POR EPS : CITA CON OPTOMETRIA Y		SVE CARDIOVASCULAR			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
NUTRICION EPS		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA		
		SVE OSTEOMUSCULAR					
		USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN E					
		IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS HIGIENE PERSONAL					
		FRECUENTE					
		ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA					
		REALIZACIÓN DE LAS TAREAS					
		USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE					
		ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO					
		REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON					
		TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES					
		ESTABLECIDOS					
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 diagnósticas necesarias para la conceptualización del mismo.

Médico



Firma: _____

Nombre: CHADID DIAZ ALEJANDRA

R. M.: 1605-02

L.S.O.: 127591



Código de Seguridad

B1177H1N68761

Aspirante o Trabajador



Firma: _____

Nombre: BECERRA ACEVEDO JULIO CESAR

CC: 71743092