



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 63.147

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

11 DÍA	04 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
Ciudad				EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

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)

MOLINA RESTREPO JOHNNATAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	40 AÑOS 3 MESES 22 DIAS	CC	8101537
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Teléfonos

Dirección

3023720229

CL 61 124 C 08

CARGO

EPS

AFP

ARL

CONDUCTOR

EPS SURA

PORVENIR

NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA REALIZAR SU LABOR

Observaciones: NO APLICA

APTO

PARA LABORES DE CONDUCCIÓN

RESTRICCIONES LABORALES

SIN RESTRICCIONES LABORALES

TIPO

NO APLICA

RECOMENDACIONES

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

USO DE EPP

HABITOS SALUDABLES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

HACER DEPORTE

ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA  
REALIZACIÓN DE LAS TAREAS

DIETA BALANCEADA

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.