



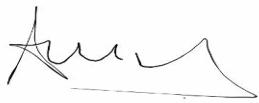
## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 170.555

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
19 DÍA	09 MES	2024 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	PERIODICO				
Ciudad								
DATOS DE LA EMPRESA								
ADONITRANS S.A.S - CONV1 - ASE1 - CONTADO - INTRA				ADONITRANS S.A.S.				
Nombre del acuerdo comercial				Empresa				
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)								
HERNANDEZ CHITO CARLOS ALIRIO				Genero	Edad	Documento de Identificación		
				MASCULINO	23 AÑOS 4 MESES 14 DÍAS	CC	1002840301	
Apellidos y Nombres						Tipo	Número	
Cargo <b>CONDUCTOR</b>								
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO</b>								
Observaciones: <b>NO APLICA</b>								
<b>APTO</b>	PARA CONDUCTOR							
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES					
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA					
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>								
ALCOHOL DETECTOR EN ALIENTO- CUALITATIVO				✓	PANEL DE DROGAS DE ABUSO 2 SUSTANCIAS - CUALITATIVA			✓
AUDIOMETRIA				✓	PRUEBA PSICOMOTORA			✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				✓	VISIOMETRIA			✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
		USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES			
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO			
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
					HACER DEPORTE			
					DIETA BALANCEADA			
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>								
-USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADO A LOS RIESGOS DE LAS LABORES.								
-PAUSAS ACTIVAS SEGÚN PROTOCOLOS DE LA EMPRESA.								
-SE SUGIERE MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA TAREA.								
<p><b>Consentimiento Informado:</b> "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. En caso de necesitar exámenes de laboratorio para complementar mi historia clínica, autorizo al laboratorio clínico de la IPS Ocupacional Santa Clara SAS a realizar la toma de las muestras necesarias para su realización. 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".</p>								

**Médico**

Firma:



Nombre: LIÑEIRO MAVISOY BREHINER VLADIMIR

R. M.: 861049

L.S.O.: 2889/21

**Aspirante o Trabajador**

Firma:



Nombre: HERNANDEZ CHITO CARLOS ALIRIO

CC: 1002840301



Código de Seguridad

**F703L1R170555**



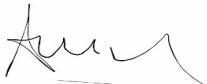
Nº 170555

**G703M57S17055**

## RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	09 MES	2024 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	PERIODICO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
ADONITRANS S.A.S - CONV1 - ASE1 - CONTADO - INTRA				ADONITRANS 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)							
HERNANDEZ CHITO CARLOS ALIRIO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	23 AÑOS 4 MESES 13 DÍAS	CC	1002840301
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO							
RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES							
ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE							
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES							
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP							

Datos del Médico:



Profesional: LIÑEIRO MAVISOY BREHINER WLADIM  
R. M.: 861049 L.S.O.: 2889/21  
Especialidad:

Responsable del SG-SST:

*FIRMA AQUÍ*

Documento: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

Recibido por el trabajador o aspirante

*FIRMA AQUÍ*

Documento: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_