

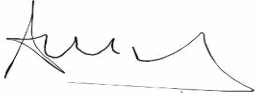


## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 170.555

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19	09	2024	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	PERIODICO			
DÍA	MES	AÑO	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: NO APLICA							
APTO		PARA CONDUCTOR					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
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	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-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.							
<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".							

**Médico**



Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: LIÑEIRO MAVISOY BREHINER WLADIMIR

R. M.: 861049

L.S.O.: 2889/21



Código de Seguridad

**F703L1R170555**

**Aspirante o Trabajador**



Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: HERNANDEZ CHITO CARLOS ALIRIO

CC: 1002840301



Código de Seguridad

**G703M57S17055**



**N° 170555**

## RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19	09	2024	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	PERIODICO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	23 AÑOS 4 MESES 13 DÍAS	CC	1002840301
Carga						Tipo	Número
CONDUCTOR							
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:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

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

FIRMA AQUÍ

Documento:  
Nombre:  
Fecha:

FIRMA AQUÍ

Documento:  
Nombre:  
Fecha: