



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 143.551

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
05 DÍA	01 MES	2024 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA							
EMPRESA COOPERATIVA DE TRANSPORTES ESPECIALES VALLE EXPRESS - CONV1 - ASE2 - CONTADO - INTRA				EMPRESA COOPERATIVA DE TRANSPORTES ESPECIALES VALLE EXPRESS			
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)							
CAÑAS TENORIO DEVIS ALEJANDRO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	23 AÑOS 9 MESES 15 DÍAS	CC	1107535354
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO</b>							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
EVITAR REALIZAR TAREAS DE ALTO RIESGO (CONDUCCION ) HASTA VALORACION NEUROLOGIA Y/O ORTOPEDIA				TEMPORAL	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				KOH			
GLUCOSA PRE				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : NEUROLOGIA ORTOPEDIA					HABITOS SALUDABLES		
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					HACER DEPORTE		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<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**

*Diana Isabel Carrillo Perea*  
Dra. Diana Isabel Carrillo P.  
Esp. en Gerencia de la Seguridad  
y Salud en el Trabajo  
Resolución 2573

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

Nombre: CARRILLO PEREA DIANA ISABEL

R. M.: 764247

L.S.O.: 2173 - 2017



Código de Seguridad

**L703R1X143551**

**Aspirante o Trabajador**

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

Nombre: CAÑAS TENORIO DEVIS ALEJANDRO

CC: 1107535354



## COMUNICACIÓN INTERNA

Página 1 de 1

**PARA:** Devis Alejandro Cañas Tenorio

**ASUNTO:** Remisión a EPS

**COPIAS:** Carpeta interna

**FECHA:** 04/01/2024

Cordial Saludo,

Teniendo en cuenta las recomendaciones que están consignadas en el certificado de aptitud médica, emitida por el médico especialista en Salud ocupacional, recomendaciones:

- EVITAR ACTIVIDADES CON CARGA
- TIEMPOS DE REPOSO O PAUSAS ACTIVAS
- SEGUIMIENTO POR ANTECEDENTE DE ALTERACION EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO

Le recordamos que la obligación del trabajador es: cumplir con los lineamientos del SG SST como está establecido en el contrato, el incumplimiento conllevara a aplicación de proceso administrativo por presunto incumplimiento de contrato.

Lo anterior de conformidad con lo dispuesto en la reglamentación que regula el SG-SST, la actividad de la empresa, así como las políticas fijadas por el SG-SST y el contrato con la empresa ADONITRANS S.A.S., da pena para dar inicio al procedimiento sancionatorio por incumplimiento de contrato.

Quedamos atentos a la espera de los soportes que evidencien de manera periódica el tratamiento por parte de la EPS con fecha máxima 3 meses. Lo anterior con fundamento en los art. 58 y 62 del código sustantivo del trabajo que a la letra indican.

Cordialmente,

  
ADONITRANS S.A.S.  
NIT. 900.527.861 - 2

VALENTINA OCHOA HERNÁNDEZ  
Coordinadora de TH

Coord. SST

  
Devis alejandro cañas tenorio  
CC.1.107.535.354

FIRMA DEL COLABORADOR

