



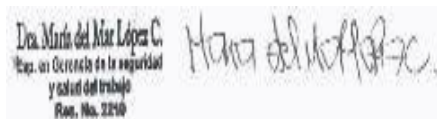
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 128.618

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
29	08	2023	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA							
EMPRESA COOPERATIVA DE TRANSPORTES ESPECIALES VALLE EXPRESS - CONV1 - ASE2 - CONTADO - INTRA Nombre del acuerdo comercial				EMPRESA COOPERATIVA DE TRANSPORTES ESPECIALES VALLE EXPRESS Empresa			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
OSPINA HERNANDEZ ELVER				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	54 AÑOS 1 MESES 3 DÍAS	CC	16782751
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO							
Observaciones: 2 MESES							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
EVITAR RUIDOS MAYORES DE 80 DB				TEMPORAL			
ACTIVIDAD DE ALTO RIESGO				TEMPORAL			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
AUDIOMETRIA				KOH			
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				OPTOMETRIA			
GLUCOSA PRE				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL			SVE VISUAL			HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			SVE AUDITIVO			FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
VALORACIÓN POR EPS : SE SUGIERE CONTROL POR OTORRINOLOGIA DE EPS + ?SEGUIR CONTROLES CON EPS POR SUS PATOLOGIAS DE BASE . CARDIOVACULAR			SVE CARDIOVASCULAR			CONTROL DE PESO	
			DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>PACIENTE ENVIADO DE LA EMPRESA PARA SU VALORACION MEDICA DE INGRESO</p> <p>SE SUGIERE , MODIFICAR HABITOS DE VIDA BUENOS HABITOS DE ALIMENTACION: DIETA BAJA EN GRASAS. HARINAS Y AZUCAR, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS.</p> <p>?ACTIVIDAD FISICA DIARIA REGULAR, MINIMO 30 MIN AL DIA.</p> <p>CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL</p> <p>?USO DE LENTES SEGÚN INDICACION</p> <p>USO DE EPP DOTADO POR LA EMPRESA.</p> <p>CUMPLIR CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA</p> <p>?SEGUIR CONTROLES CON EPS POR SUS PATOLOGIAS DE BASE . CARDIOVACULAR</p> <p>CONTROL NUTRICIONAL Y MEDICO EN LA EPS Estricto con énfasis en disminución de peso corporal Y METABOLCIO</p> <p>EXAMENES AUDIOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS</p> <p>SE SUGIERE CONTROL POR OTORRIBOLOGIA DE EPS</p>							
<p>Consentimiento Informado: "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</p>							

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: LOPEZ CUENCA MARIA DEL MAR

R. M.: 2212-2012 L.S.O.: 2210-2017



Código de Seguridad

I70301U128618

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: OSPINA HERNANDEZ ELVER

CC: 16782751



COMUNICACIÓN INTERNA

PARA: Elver Ospina Hernández

Página 1 de 1

ASUNTO: Remisión a EPS

COPIAS: Carpeta interna

FECHA: 26/12/2023

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:

- EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO
- USAR CORRECCIONVISUAL
- CONTROL CON OTORRINOLOGIA POR EPS
- SEGUIR CONTROLES CON EPS POR SUS PATOLOGIAS DE BASE CARDIOVASCULAR

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.

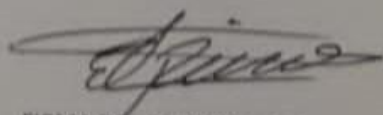
Quedamos atentos a la espera de los soportes que evidencien de manera periódica el tratamiento por parte de la EPS con fecha máxima 3 meses. Lo anterior con fundamento en los art. 58 y 62 del código sustantivo del trabajo que a la letra indican.

Cordialmente,


ADONITRANS S.A.S.
NIT. 900.527.801 - 2

VALENTINA OCHOA HERNÁNDEZ
Coordinadora de TH

Coord. SST


FIRMA DEL COLABORADOR

