



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**Nº 128.618**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
29 DÍA	08 MES	2023 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)			
			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA						
EMPRESA COOPERATIVA DE TRANSPORTES ESPECIALES VALLE EXPRESS - CONV1 - ASE2 - CONTADO - INTRA			EMPRESA COOPERATIVA DE TRANSPORTES ESPECIALES VALLE EXPRESS Empresa			
Nombre del acuerdo comercial						
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, 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 <b>CONDUCTOR</b>						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL						
<b>CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO</b>						
Observaciones: 2 MESES						
<b>N/A</b>		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 OTORRINOLÓGIA 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						
PACIENTE ENVIADO DE LA EMPRESA PARA SU VALORACION MEDICA DE INGRESO SE SUGIERE , MODIFICAR HABITOS DE VIDA BUENOS HABITOS DE ALIMENTACION: DIETA BAJA EN GRASAS. HARINAS Y AZUCAR, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS. ?ACTIVIDAD FISICA DIARIA REGULAR, MINIMO 30 MIN AL DIA. CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL ?USO DE LENTES SEGÚN INDICACION USO DE EPP DOTADO POR LA EMPRESA. CUMPLIR CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA ?SEGUIR CONTROLES CON EPS POR SUS PATOLOGIAS DE BASE . CARDIOVACULAR CONTROL NUTRICIONAL Y MEDICO EN LA EPS ESTRICTO CON ENFASIS EN DISMINUCION DE PESO CORPORAL Y METABOLCIO EXAMENES AUDIOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS SE SUGIERE CONTROL POR OTORRINOLOGIA DE EPS						
<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**

Dra. María del Mar López C.  
Especialista en Seguridad  
y Salud del Trabajo  
Ruc. No. 2212

Firma:

Nombre: LOPEZ CUENCA MARIA DEL MAR

R. M.: 2212-2012



Código de Seguridad

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: OSPINA HERNANDEZ ELVER

cc: 16782751



## COMUNICACIÓN INTERNA

PARA: Eiver Ospina Hernández  
ASUNTO: Remisión a EPS  
COPIAS: Carpeta interna  
FECHA: 26/12/2023

Página 1 de 1

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:

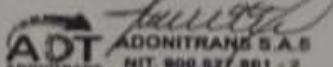
- EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO
- USAR CORRECCIONVISUAL
- CONTROL CON OTORRINOLÓGIA POR EPS
- SEGUIR CONTROLES CON EPS POR SUS PATOLOGIAS DE BASE CARDIOVASCULAR

Le recordamos que la obligación del trabajador es: cumplir con los lineamientos del SG-SST como está establecido en el contrato, el incumplimiento conllevará 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,



VALENTINA OCHOA HERNÁNDEZ  
Coordinadora de TH

Coord. SST

FIRMA DEL COLABORADOR

