



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

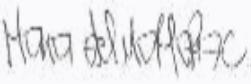
Nº 163.168

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
09 DÍA	07 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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
RIDDERSTAP RAMIREZ ELIZABETH				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	54 AÑOS 5 MESES 26 DÍAS	CC	31474459
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo							
<b>DIRECTORA ADMINISTRATIVA</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
<b>SIN 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		
.				TEMPORAL	SEGUIR CONTROLES CON EPS POR SUS PATOLOGIAS DE BASE . DE REUMATOLOGIA CONTROL NUTRICIONAL Y MEDICO EN LA EPS CON ENFASIS EN DISMINUCION DE PESO CORPORAL		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
AUDIOMETRIA				✓	VISIOMETRIA		✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOARTICULAR				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES		SVE VISUAL			HABITOS SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL		SVE CARDIOVASCULAR			FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO					CONTROL DE PESO		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
VALORACIÓN POR EPS : SEGUIR CONTROLES CON EPS POR SUS PATOLOGIAS DE BASE . DE REUMATOLOGIA CONTROL NUTRICIONAL Y MEDICO EN LA EPS CON ENFASIS EN DISMINUCION DE PESO CORPORAL					HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PACIENTE ENVIADEO DE LA EMPRESA PARA SU VALORACION MEDICA SE SUGIERE MODIFICAR HABITOS DE VIDA BUENOS HABITOS DE ALIMENTACION: DIETA BAJA EN GRASAS. HARINAS Y AZUCAR, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS. ACTVIDAD FÍSICA DIARIA REGULAR, MINIMO 30 MIN AL DIA. CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL 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 . DE REUMATOLOGIA CONTROL NUTRICIONAL Y MEDICO EN LA EPS CON ENFASIS EN DISMINUCION DE PESO CORPORAL							
<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. 3210

Firma: 

Nombre: LOPEZ CUENCA MARIA DEL MAR

R. M.: C.C. 1113513212 L.S.O.: 2210-2017



Código de Seguridad

**D703J1P163168**

**Aspirante o Trabajador**

Firma: 

Nombre: RIDDERSTAP RAMIREZ ELIZABETH

cc: 31474459



Nº 163168

Y703E57K163168

## RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
09 DÍA	07 MES	2024 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)			
			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)						
RIDDERSTAP RAMIREZ ELIZABETH			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			FEMENINO	54 AÑOS 5 MESES 12 DÍAS	CC	31474459
Apellidos y Nombres				Tipo	Número	
Cargo						
DIRECTORA ADMINISTRATIVA						
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO						
RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES						
ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, FORTALECIMIENTO MUSCULAR, HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE						
RECOMENDACIONES MÉDICAS						
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL, USAR MEDIAS ANTIVÁRICES, VALORACIÓN POR EPS: SEGUIR CONTROLES CON EPS POR SUS PATOLOGÍAS DE BASE . DE REUMATOLOGÍA CONTROL NUTRICIONAL Y MEDICO EN LA EPS CON ENFASIS EN DISMINUCIÓN DE PESO CORPORAL						
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES						
SVE CARDIOVASCULAR, SVE VISUAL						

Datos del Médico:

Dra. María del Mar López C.  
Bogotá, un Ofrecer de la seguridad  
y calidad del trabajo  
R.M. No. 2350

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante:

Profesional: LOPEZ CUENCA MARIA DEL MAR  
R. M.: C.C. 1113513212 L.S.O.: 2210-2017  
Especialidad:

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

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