



SERVICIO MÉDICO LABORAL IPS SAS

NIT. 901369929-1

HABILITACIÓN EN SALUD 7600112622-01

Avenida 2 Norte 24N 53 Barrio San Vicente Cali, Colombia
Tel. 3087146 3158628647 3144812853 E-mail: recepcion.sermelips@gmail.com
www.sermelips.com.co

Nº 14.214

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
02 DIA	10 MES	2023 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				PARTICULAR			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería o T, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
ZAPATA CANDELO EDELF				Genero	Edad	Documento de Identidad	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	60 AÑOS 1 MESES 27 DIAS	CC	4653894
Cargo				Tipo	Número		
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO CON CONDICIONES DE SALUD QUE NO AFECTAN SU DESEMPEÑO LABORAL							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR				✓	DROGAS DE ABUSO (COCAINA, MARIJUANA, ANFETAMINAS, MORFINA, BARBITÚRICOS, BENZODIACEPINA, METADONA)		✓
AUDIOMETRIA				✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO		✓
OPTOMETRIA				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL: CERCANA		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEOMUSCULAR			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA NO DEBE REALIZAR		
AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO		DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO MAYOR A 80 dB			ACTIVIDAD FÍSICA DE IMPACTO HACER DEPORTE		
VALORACIÓN POR EPS: MEDICO GENERAL		OTROS: EVITAR POSICIONES PROLONGADAS DE CUCILLAS O RODILLAS			DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NIEGA ENCONTRARSE EN PROCESOS DE CALIFICACIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL Y/O ENFERMEDAD COMÚN POR EPS Y/O ARL NIEGA CALIFICACIONES PREVIAS POR PCL. NIEGA PRESENTAR RESTRICCIONES MÉDICAS LABORALES							
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 verificables. 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 haré que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. 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		Aspirante o Trabajador					
Firma: _____		Firma: _____					
Nombre: DONNEYS LEON PAOLA ANDREA		Nombre: ZAPATA CANDELO EDELF					

COMUNICACIÓN INTERNA

Página 1 de 1

PARA: Edelfi Zapata Cández
ASUNTO: Remisión a EPS
COPIAS: Carpeta interna
FECHA: 02/10/2023

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:

- USAR CORRECION VISUAL
- EXAMEN VISUAL DE CONTROL DE UN AÑO
- HABITOS SALUDABLES

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,

ADONITRANS

VALENTINA OCHOA HERNÁNDEZ
Coordinadora de TH

Coord. SST

FIRMA DEL COLABORADOR