



SERVICIO MEDICO LABORAL IPS SAS
NIT. 901369929-1
HABILITACIÓN EN SALUD 7600112622-01
Avenida 2 Norte 24N - 53 Barrio San Vicente - Cali, Colombia
Tel: 3087145 1158628647 3144812853 E-mail: recepción.sermelips@gmail.com
www.sermelips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.214

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
02 DÍA	10 MES	2023 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	
			EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
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, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
ZAPATA CANDELO EDELFI			Sexo	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	60 AÑOS 1 MESES 27 DÍAS
Cargo			CC	4653894
CONDUCTOR			Tipo	Número
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
APTO CON CONDICIONES DE SALUD QUE NO AFECTAN SU DESEMPEÑO LABORAL				
Observaciones: NO APLICA				
N/A NO SE EVALUARÁN 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, BENZODIAZEPINA, METADONA)	
AUDIOMETRÍA			EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO	
OPTOMETRÍA				
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL: CERCANA			PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			SVE OSTEOMUSCULAR	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA: EN EXPOSICIÓN A RUIDO MAYOR A 80 DB	
VALORACIÓN POR EPS: MEDICO GENERAL			OTROS: EVITAR POSICIONES PROLONGADAS DE CUCILLAS O RODILLAS	
HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES				
HABITOS SALUDABLES				
ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA NO DEBE REALIZAR				
ACTIVIDAD FÍSICA DE IMPACTO HACER DEPORTE				
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 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. 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 EDELFI	

COMUNICACIÓN INTERNA

Página 1 de 1

PARA: Edelfi Zapata Cándelo

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 CORRECCION 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 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,

VALENTINA OCHOA HERNÁNDEZ
Coordinadora de TH

Coord. SST

FIRMA DEL COLABORADOR

