

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

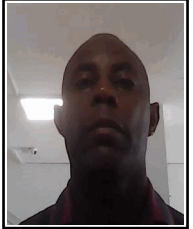
N° 125.797

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
03 DÍA	08 MES	2023 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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)							
GONZALEZ VALENCIA JOSE ALEXANDER				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	43 AÑOS 6 MESES 22 DÍAS	CC	6100471
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos							
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
APTO		PARA CONDUCTOR					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
ALCOHOL DETECTOR EN ALIENTO- CUALITATIVO				✓			
AUDIOMETRIA				✓			
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓			
OPTOMETRIA				✓			
PANEL DE DROGAS DE ABUSO 2 SUSTANCIAS (COCAINA Y MARIHUANA) - CUALITATIVA				✓			
PRUEBA PSICOMOTORA				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
			CAPACITACIÓN			HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
1. AUTOCUIDADO. 2. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. 3. EJERCICIOS FRECUENTES.							
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: DOMINGUEZ VEGA DOMINGO				Nombre: GONZALEZ VALENCIA JOSE ALEXANDER			
R. M.: 13011752				CC: 6100471			
L.S.O.: 02138-04-2016							
Código de Seguridad							
M703S1Y125797							



Código de Seguridad

Q703W57C12579



N° 125797

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
03 DÍA	08 MES	2023 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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)							
GONZALEZ VALENCIA JOSE ALEXANDER				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	43 AÑOS 6 MESES 16 DÍAS	CC	6100471
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO							
RECOMENDACIONES MÉDICAS							
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO							
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES							
CAPACITACIÓN, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP							
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES							
DIETA BALANCEADA, FORTALECIMIENTO MUSCULAR, HáBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE							

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante:



Profesional: DOMINGUEZ VEGA DOMINGO
R. M.: 13011752 L.S.O.: 02138-04-2016
Especialidad:

FIRMA AQUÍ

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

FIRMA AQUÍ

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____



COMUNICACIÓN INTERNA

Página 1 de 1

PARA: José Alexander Gonzales Valencia

ASUNTO: Remisión a EPS

COPIAS: Carpeta interna

FECHA: 03/08/2023

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
- PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL
- HÁBITOS SALUDABLES
- AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

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.

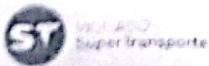
Cordialmente,


VALENTINA OCHOA HERNÁNDEZ
Coordinadora de TH




Coord. SST


FIRMA DEL COLABORADOR



Carrera 34 # 5h 2 - 25 / Teléfonos: 322 393 9913