

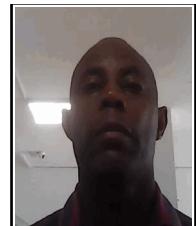


## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**Nº 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 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)							
GONZALEZ VALENCIA JOSE ALEXANDER				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	43 AÑOS 6 MESES 22 DÍAS	CC	6100471
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO</b>							
Observaciones: <b>NO APLICA</b>							
<b>APTO</b>	PARA CONDUCTOR						
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES				
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA				
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>							
ALCOHOL DETECTOR EN ALIENTO- CUALITATIVO				✓	OPTOMETRÍA	✓	
AUDIOMETRÍA				✓	PANEL DE DROGAS DE ABUSO 2 SUSTANCIAS (COCAÍNA Y MARIHUANA) - CUALITATIVA	✓	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓	PRUEBA PSICOMOTORA	✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
		CAPACITACIÓN			HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
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		L.S.O.: 02138-04-2016		Código de Seguridad		CC: 6100471	
 <b>M703S1Y125797</b>							





Nº 125797

**Q703W57C12579**

## 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 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)							
GONZALEZ VALENCIA JOSE ALEXANDER				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	43 AÑOS 6 MESES 16 DÍAS	CC	6100471
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
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*

*FIRMA AQUÍ*

Documento: \_\_\_\_\_

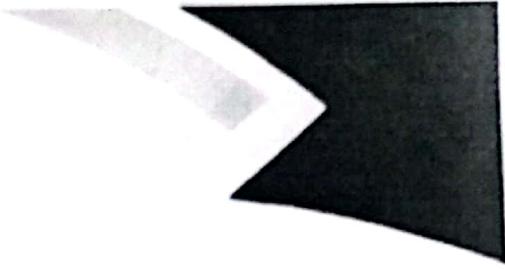
Documento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

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:

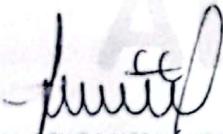
- EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO
- PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL
- HÁBITOS SALUDABLES
- AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

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.

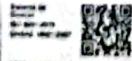
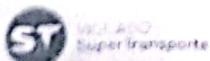
Quedamos atentos a la espera de los soportes que evidencien de manera periódica el tratamiento por parte de la EPS con fecha máxima 3 meses. Lo anterior con fundamento en los art. 58 y 62 del código sustantivo del trabajo que a la letra indican.

Cordialmente,

  
VALENTINA OCHOA HERNÁNDEZ  
Coordinadora de TH

  
Coord. SST

  
FIRMA DEL COLABORADOR



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