



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 120.686

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
23 DÍA	06 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 - ASE3 - 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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)								
SARRIA MEDINA JOSE IGNACIO				Genero	Edad	Documento de Identificación		
				MASCULINO	51 AÑOS 10 MESES 27 DÍAS	CC	94323716	
Apellidos y Nombres					Tipo	Número		
Cargo 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				✓	PANEL DE DROGAS DE ABUSO 2 SUSTANCIAS (COCAINA Y MARIHUANA) - CUALITATIVA			✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEO muscular				✓	PRUEBA PSICOMOTORA			✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
USAR CORRECCIÓN VISUAL		USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES			
VALORACIÓN POR EPS : SEGUIR CONTROLES POR MEDICO DE RIESGO CARDIOVASCULAR		SVE VISUAL			FORTALECIMIENTO MUSCULAR			
		SVE CARDIOVASCULAR			CONTROL DE PESO			
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
					HACER DEPORTE			
					DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES								
PACIENTE ENVIADO DE LA EMPRESA PARA SU VALORACION MEDICA DE INGRESO SE SUGIERE MODIFICAR HABITOS DE VIDA BUENOS HABITOS DE ALIMENTACION: DIETA BAJA EN GRASAS. HARINAS Y AZUCAR, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS. ?ACTVIDAD FISICA DIARIA REGULAR, MINIMO 30 MIN AL DIA. CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL ?USO DE LENTES SEGÚN INDICACION CUMPLIR CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA SEGUIR CONTROLES POR MEDICO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EPS								
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.								

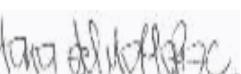
Médico

Dra. María del Mar López C.
Méd. en Medicina de la seguridad
y salud del trabajo
Res. No. 2210

Firma:

Nombre: LOPEZ CUENCA MARIA DEL MAR

R. M.: 2212-2012



Código de Seguridad

U703A1G120686

L.S.O.: 2210-2017

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SARRIA MEDINA JOSE IGNACIO

CC: 94323716