



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 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)	<b>INGRESO</b>			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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 Extranjería, 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 <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				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	
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	
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
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. ?ACTIVIDAD 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.  
Espec. en Gerencia de la seguridad  
y salud del trabajo  
Roa, No. 2250

*María del Mar López C.*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: LOPEZ CUENCA MARIA DEL MAR

R. M.: 2212-2012

L.S.O.: 2210-2017



Código de Seguridad

**U703A1G120686**

## Aspirante o Trabajador

*Jose Ignacio Sarria Medina*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: SARRIA MEDINA JOSE IGNACIO

CC: 94323716