



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 53.300

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

20 DÍA	01 MES	2025 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)  Ciudad	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
				<b>EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO</b>

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

**ADILAB - AYUDAS DIAGNOSTICAS Y LABORATORIO CLINICO S.A.S. INGEGOMEGA S.A.S - PRAFI CE - PROYECTO REDES AFINIA CESAR**

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)

SALINAS ARIAS JONY DE JESUS

Genero	Edad	Documento de Identificación	
MASCULINO	38 AÑOS 10 MESES 5 DÍAS	CC	1082244439
		Tipo	Número

Apellidos y Nombres

Cargo

**AYUDANTE CONDUCTOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN RESTRICCIÓN PARA REALIZAR SU LABOR**

NO APLICA

Observaciones:

APTO CONDUCCION DE VEHICULOS

SI

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 MÉDICO OCUPACIONAL	✓	EVALUACION OSTEO muscular	✓
AUDIOMETRÍA	✓	TETANO	✓
VISIONETRÍA	✓	EVALUACION SICOSENSOMETRICA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	APORTA CARNET DE VACUNACION ACTUALIZADO CON VACUNAS APLICADAS DE: : 20-01-2025 APLICACION VACUNA TETANO, 09-07-2019 VACUNA FIEBREA MARILLA PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		DIETA BALANCEADA CONTROL DE PESO FORTALECIMIENTO MUSCULAR HACER DEPORTE

### OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

**Aspirante o Trabajador**

*Dr. Edinson E. Caparoso A.*  
Dr. Edinson E. Caparoso A.  
INDESP. SALUD OCUPACIONAL  
LIC. 685371215  
UNIVERSIDAD DEL NORTE

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

Nombre: CAPARROSO ARANDA EDINSON EDUARDO

R. M.: 1436/2008      L.S.O.: 6853 7 12 15

Firma: *J. Salinas Arias*

Nombre: SALINAS ARIAS JONY DE JESUS

CC: 1082244439