



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 53.300**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
20 DÍA	01 MES	2025 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
ADILAB - AYUDAS DIAGNOSTICAS Y LABORATORIO CLINICO S.A.S.				NGEOMEGA 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 Extranjería, 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
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>AYUDANTE CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>SIN RESTRICCION PARA REALIZAR SU LABOR</b>							
Observaciones: <i>NO APLICA</i>							
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 OSTEOMUSCULAR			
AUDIOMETRÍA				TETANO			
VISIOMETRÍA				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			HÁBITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			

*Edinson E. Caparroso Aranda*  
Dr. Edinson E. Caparroso A.  
M.D.E.S. SALUD OCUPACIONAL  
LIC. 6853 7 12 15  
UNIVERSIDAD DEL NORTE

Firma:

Nombre: CAPARROSO ARANDA EDINSON EDUARDO

R. M.: 1436/2008

L.S.O.: 6853 7 12 15

Firma:

Nombre: SALINAS ARIAS JONY DE JESUS

CC: 1082244439