CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA MEDELLÍN AGUACATALA
DIRECCIÓN: Carrera 48C # 105-04, Aguacatala
CIUDAD DE LA SEDE: MEDELLIN
TELÉFONO: 6044294516
EMAIL: citas.medellin2@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2025-08-15

Nombres y apellidos: EMERSON DAVID MESA VILLA
Fecha de nacimiento: 27/06/1980
Empresa: TRANSPORTE ESPECIAL RUTA 07 S.A.S.
Empresa usuaria:
Cargo: CONDUCTOR DE TRANSPORTE ESPECIAL

CC: 3508000
Edad: 45 **Sexo:** MASCULINO
Fecha ingreso: 2025-08-15 / 07:20:52
Fecha salida: 2025-08-15 / 12:39:45



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- ALCOHOLIMETRIA
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- PERFIL LIPIDICO
- EXAMEN OPTOMETRICO
- DROGAS DE ABUSO (MARIHUANA,COCAINA)
- PSICOSENSOMETRICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
OTROS: SECUELAS OSTEOMUSCULARES EN MIEMBRO INFERIOR

RESTRICCIONES:
TIPO RESTRICCIÓN: -PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES QUE NO IMPLIQUEN POSICIONES DE RODILLAS O CUCLILLAS.

-PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES QUE NO SEAN DE ALTO IMPACTO Y QUE NO IMPLIQUEN HALAR O EMPUJAR CON RESISTENCIA (EVITAR SALTOS O TROTAR).

RECOMENDACIONES:
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: VALORACION Y SEGUIMIENTO EN SU ENTIDAD DE SALUD POR CIFRAS TENSIONALES LIMITROFES Y ALTERACION EN PARACLINICOS DE LIPIDOS. EN EL MOMENTO ASINTOMATICO.

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: CONTROL DE PESO EN SU ENTIDAD DE SALUD.

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTINUAR CONTROLES Y SEGUIMIENTO PERIODICO CON OPTOMETRIA EN SU ENTIDAD DE SALUD.

USO --PERMANENTE-- DE LENTES FORMULADOS DURANTE SU JORNADA LABORAL.

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.



SANTIAGO BECERRA ARCILA
RM: 05490115
Firma y sello del médico

EMERSON DAVID MESA VILLA
CC: 3508000
Firma del paciente