

INVERSIONISTAS Y PROTECTORES EN SALUD S.A.S

NIT. 900.329.703-8

Tel. 60+1+7443330 - E-mail. comercial@inprosalud.com.co
www.inprosalud.com.co

Funza 2528602304-05 - Madrid 2543002304-06 - Ibagué 7300102131-01
Montería 2300101408-01 - Ubaté 2584302304-01 - Cauca 051541204201
OF: 20 053801204204 - Palermo 415980130002 - Cartagena 1300102263



Nº 38.224

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

31	07	2024	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)
DÍA	MES	AÑO	Ciudad

TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO

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

2LBOX S.A.S

2LBOX 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)

PORTELA RODRIGUEZ BRIAN

Genero	Edad	Documento de Identificación	
MASCULINO	24 AÑOS 8 MESES	CC	1006130685
Apellidos y Nombres		12 DÍAS	Tipo
			Número

Cargo

CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO ASIGNADO

Observaciones: *PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO*

APTO PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS

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 ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	PSICOMOTRIZ	✓
VISIONETRIA	✓	DROGAS EN ORINA X2 (CO-CMAR) LABORATORIO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	-----	

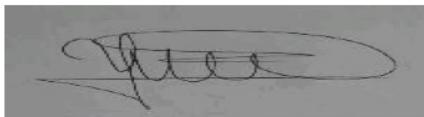
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO : BAJAR DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

INDUCCIÓN AL CARGO.

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



Firma:

Nombre: MORENO GALINDO YENI SONIDIA

Aspirante o Trabajador




Firma:

Nombre: PORTELA RODRIGUEZ BRIAN

R. M.: 3566/2005

L.S.O.: 1004/2019

Código de Seguridad

CC: 1006130685

S820Y1E38224