

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
OE 20 053801204204 - Palermo 415980130002 - Cartagena 1300102263



Nº 23.018

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

06 DÍA	03 MES	2023 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
				EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO

PARTICULARES

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)

LOPEZ CARO JHON JAIRO

Genero	Edad	Documento de Identificación	
MASCULINO	47 AÑOS 9 MESES 23 DÍAS	CC	93010854
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo

CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO ASIGNADO.

Observaciones: *PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES*

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 OSTEO muscular	✓	PSICOMOTRIZ	✓
VISIOMETRIA	✓	DROGAS EN ORINA X2 (COC-MAR) TEST RAPIDO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	-----	

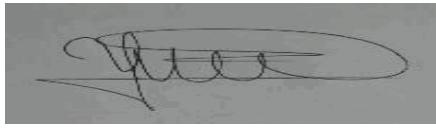
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : PARA CONTROL DE HIPOTIROIDISMO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRÍA		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: MORENO GALINDO YENI SONIDIA

R. M.: 3566/2005

L.S.O.: 1004/2019



Código de Seguridad

O820U1A23018

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: LOPEZ CARO JHON JAIRO

