

**INVERSIONISTAS Y PROTECTORES EN SALUD S.A.S**

NIT. 900.329.703-8

E-mail: [comercial@inprosalud.com.co](mailto:comercial@inprosalud.com.co)

Tel: 60+1+7443330

Web: [www.inprosalud.com.co](http://www.inprosalud.com.co)

Funzo 2528602304-08 - Madrid 2543002304-01 - Ibagué 7300102131-01

Montería 2300101408-01 - Ubaté 2584302304-09

OE 20 053801204204 - Palermo 415980130062 - Cartagena 1300102263

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL****Nº 45,139**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	
26	03	2025	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO	
DÍA		MES		AÑO	
Hora: 9:44 a.m		Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
UNION TEMPORAL ICBF SOCIAL 2021			UNION TEMPORAL ICBF SOCIAL 2021		
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)					
ARTEAGA BOCANEGRA EDWIN			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	49 AÑOS 3 MESES 2 DÍAS	CC 93130914
Carga					
CONDUCTOR					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO ASIGNADO.					
Observaciones: NO APLICA					
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			
VISIOMETRIA		DROGAS EN ORINA X2 (COC-MAR) TEST RAPIDO			
AUDIOMETRIA		-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE CARDIOVASCULAR		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
VALORACIÓN POR EPS: NUTRICION, MEDICINA GENERAL		CAPACITACIÓN		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				HACER DEPORTE	
				NO FUMAR	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO. CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL PERFIL BIOPSICOFÍSICO PARA EL CARGO					
SE REALIZA EXAMEN MÉDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CONDUCTORES.					
SE REALIZAN PRUEBAS DE OPTOMETRIA, AUDIOMETRIA, LABORATORIOS, Y PRUEBA PSICOMOTRIZ. NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES QUE LE IMPIDAN, RESTRINJAN O LIMITEN LAS ACTIVIDADES O TAREAS DEL CARGO. REPORTE DE PARACLINICOS DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD.					
SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. MANTENER ALIMENTACIÓN BALANCEADA BAJA EN GRASAS, CARBOHIDRATOS Y HARINAS. REALIZAR EJERCICIO REGULAR. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGUN PROTOCOLO DE LA EMPRESA Y SEGUN MATRIZ DE RIESGOS Y PELIGROS. ESTIRAMIENTOS MUSCULARES DE MIEMBROS SUPERIORES, INFERIORES Y DE COLUMNA. MANTENER UNA BUENA HIGIENE POSTURAL. SE RECOMIENDA CONTROL MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO. CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGUN NORMATIVA VIGENTE.					
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: BECHARA MARTINEZ MARIA MONICA

R. M.: 1143385536

L.S.O.: 25- 0211 DE 2023

Código de Seguridad

**N820T1Z45139**



Aspirante o Trabajador



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

Nombre: ARTEAGA BOCANEGRA EDWIN

CC: 93130914

