



INVERSIONISTAS Y PROTECTORES EN SALUD S.A.S

NIT. 900.329.703-8

E-mail: comercial@inprosalud.com.co

Tel: 60+1+7443330

Web: www.inprosalud.com.co

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

Montería 2300101408-01 - Ubaté 2584302304-09

OE 20 053001204204 - Palermo 415900130002 - Cartagena 1300102263



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 45,139

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL			
26	03	2025	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO			
DIA	MES	AÑO					
Hora: 9:44 a.m.		Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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 BOCANEGRAS EDWIN				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	49 AÑOS 3 MESES 2 DIAS	CC	93130914
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: 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	✓	
VISIONMETRIA				✓	DROGAS EN ORINA X2 (CO-C-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 : NUTRICIÓN, 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 BIOPSIKOFISICO PARA EL CARGO							
SE REALIZA EXAMEN MÉDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CONDUCTORES.							
SE REALIZAN PRUEBAS DE OPTOMETRÍA, AUDIOMETRÍA, LABORATORIOS, Y PRUEBA PSICOMOTRIZ. NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES QUE LE IMPIDAN, RESTRINJAN O LIMITEN LAS ACTIVIDADES O TAREAS DEL CARGO. REPORTE DE PARACLÍNICOS 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 SEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA Y SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS Y PELIGROS, ESTIRAMIENTOS MUSCULARES DE MIEMBROS SUPERIORES, INFERIORES Y DE COLUMNA. MANTENER UNA BUENA HIGIENE POSTURAL SE RECOMIENDA CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO. 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.:

L.S.O.:

25-0211 DE 2023 Código de Seguridad
N820T1Z45139**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: ARTEAGA BOCANEGRA EDWIN

CC:

93130914

