



ORIENTESALUD IPS
Dirección: Calle 63 A # 47 - 25 Rionegro, Antioquia
Nit. 900.898.297-9

Fecha Examen : **07/10/2024 HORA : 16:37**

Tipo examen: **INGRESO**

Empresa: **TRANSPORTES SUPERIOR SAS**



IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

| | | | | | |
|-----------------------|---------------------------------|--------------|----------------|-----------|----------------------|
| NOMBRE DEL TRABAJADOR | MELQUICEDEC RAMOS ARDILA | | | DOCUMENTO | CC - 1018407106 |
| LUGAR DE NACIMIENTO | MARIQUITA | | | PROFESION | TECNICO |
| F.NACIMIENTO | 19/11/1986 | SEXO | MASCULINO | DIRECCION | BARRIO EL PORVENIR |
| EDAD | 37 Años - 10 Meses - 18 Días | | RH: O+ | TELEFONO | 3124383635 |
| ESTADO CIVIL | SOLTERO(A) | | | MUNICIPIO | RIONEGRO (ANTIOQUIA) |
| ESCOLARIDAD | Técnico | N. HIJOS : 1 | | E.P.S. | SURA |
| CARGO A DESEMPEÑAR | CONDUCTOR | | | A.F.P. | PORVENIR |
| Fecha de Ingreso | 07/10/2024 | Antiguedad | 0 Años 0 Meses | A.R.L. | NO DEFINIDA |
| | | | | Misión en | |

RESULTADO DE EXAMENES

| | |
|--------------------------|---|
| Visiometría | Normal |
| Audiometría | Audiometria derecha 20 Audiometria izquierda 80 dB |
| Espirometría | N/A |
| Laboratorios | Glicemia: CT: Triglicéridos: Frotis Faringeo: |
| Laboratorios | KOH: Coprológico: Colinesterasas: |
| Prueba Psicosensométrica | APTO PARA CONDUCIR HASTA LA CATEGORIA C1 CON VIGENCIA DE 02/06/26 |
| Valoración Psicológica | Normal durante la evaluación médica |
| | |
| | |

CONCEPTO MEDICO INGRESO CONDUCTOR

| | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| Apto sin patología aparente | <input type="checkbox"/> | Trabajador apto para labores como conductor | SI | | | | | | |
| Apto para el cargo con patología que no limita la labor | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Apto para el cargo a desempeñar con restricciones | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Motivo: | | | | | | | | | |
| Aplazado | <input checked="" type="checkbox"/> X | | | | | | | | |
| Motivo: | Se considera pertinente valoración IPS - Otorrino | | | | | | | | |
| No Apto para el cargo | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Motivo: | | | | | | | | | |
| Próxima valoración ocupacional | 1 AÑO | | | | | | | | |
| S.V.E. | Visual <input type="checkbox"/> | Auditivo <input checked="" type="checkbox"/> X | Ergonómico <input checked="" type="checkbox"/> X | Psicosocial <input type="checkbox"/> | Cardiovasc. <input type="checkbox"/> | R. Biológico <input type="checkbox"/> | Respiratorio <input type="checkbox"/> | Químico <input type="checkbox"/> | Voz <input type="checkbox"/> |

RECOMENDACIONES - OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Completar el esquema de vacunación acorde a los factores de riesgo presentes en la empresa. adjuntar copia del carné de vacunación.

Hábitos saludables: dieta adecuada y ejercicio físico 150 minutos a la semana de una duración no menor a 30 minutos por sesión

Reportar las condiciones de trabajo que pueden ser generadoras de accidentes laborales

Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal

Capacitación en Higiene postural, levantamiento y transporte de cargas. Pausas activas

Cumplir a cabalidad con las normas del reglamento de higiene y seguridad industrial en la empresa

Reportar todo incidente y/o accidente de trabajo que ocurra

Disminuir de Peso.

Remisión EPS : **NO**

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el médico examinador de las exigencias de Ley para su relación, por consiguiente certifico que he autorizado para que se me efectúe, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas establecidas para el cargo dentro del programa de salud ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución 2346/07). El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, ésta conozca el certificado médico de ingreso ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.

EXAMINADO: Bajo la gravedad de juramento afirmo que he contestado todas las preguntas realizadas sin omitir información sobre mi historia de salud. Así mismo he recibido las recomendaciones y/o restricciones sobre mi puesto de trabajo para que pueda cumplir la labor que se me ha asignado, acatando así lo dispuesto por la resolución 2346 de 2007

| | | |
|--|--|--|
|  OrienteSalud <small>Por tu bienestar!</small> | ORIENTESALUD IPS Dirección: Calle 63 A # 47 - 25 Rionegro, Antioquia Nit. 900.898.297-9 Fecha Examen : 07/10/2024 HORA : 16:37 Tipo examen: INGRESO Empresa: TRANSPORTES SUPERIOR SAS |  |
|--|--|--|



JUAN CAMILO MARTINEZ GOMEZ
RM : 5-0835-07 RES: LIC SO 2020060111670



MELQUICEDEC RAMOS ARDILA
CC - 1018407106

Puede verificar la veracidad de este certificado escaneando este código
(La información de este certificado debe coincidir con la que vera en la web):

