

|                                                                                 |                                                                                                      |  |                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>ORIENTESALUD IPS</b><br>Dirección: Calle 63 A # 47 - 25 Rionegro, Antioquia<br>Nit. 900.898.297-9 |  |  |
|                                                                                 | Fecha Examen : <b>06/09/2023 HORA : 11:44</b>                                                        |  |                                                                                    |
|                                                                                 | Tipo examen: <b>CONDUCTOR</b>                                                                        |  |                                                                                    |
|                                                                                 | Empresa: <b>TRANSPORTES SUPERIOR SAS</b>                                                             |  |                                                                                    |

| IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR |                                        |            |                |           |                       |
|-------------------------------|----------------------------------------|------------|----------------|-----------|-----------------------|
| NOMBRE DEL TRABAJADOR         | <b>DANIEL ALEXANDER CAMPO VALENCIA</b> |            |                | DOCUMENTO | CC - 1036946180       |
| LUGAR DE NACIMIENTO           | MEDELLIN                               |            |                | PROFESION | PROFESION NO DEFINIDA |
| F.NACIMIENTO                  | 18/03/1993                             | SEXO       | MASCULINO      | DIRECCION | ALTO DEL MEDIO        |
| EDAD                          | 30 Años - 5 Meses - 19 Dias            |            | RH: O+         | TELEFONO  | 3113667802            |
| ESTADO CIVIL                  | UNION LIBRE                            |            |                | MUNICIPIO | RIONEGRO (ANTIOQUIA)  |
| ESCOLARIDAD                   | Secundaria                             |            | N. HIJOS : 1   | E.P.S.    | SURA                  |
| CARGO A DESEMPEÑAR            | <b>CONDUCTOR</b>                       |            |                | A.F.P.    | PROTECCION            |
| Fecha de Ingreso              | 06/09/2023                             | Antigüedad | 0 Años 0 Meses | A.R.L.    | NO DEFINIDA           |
|                               |                                        |            |                | Misión en |                       |

| RESULTADO DE EXAMENES    |                                               |
|--------------------------|-----------------------------------------------|
| Visiometría              | NORMAL                                        |
| Audiometría              | NORMAL                                        |
| Espirometría             | NA                                            |
| Laboratorios             | Glicemia: CT: Triglicéridos: Frotis Faringeo: |
| Laboratorios             | KOH: Coprológico: Colinesterasas:             |
| Prueba Psicosensométrica | NORMAL, APROBADO, CATEGORIA C2                |
| Valoración Psicológica   | Normal durante la evaluación médica           |
|                          |                                               |
|                          |                                               |

| CONCEPTO MEDICO INGRESO                                 |                                     |                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apto sin patología aparente                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <div style="background-color: yellow; border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Trabajador apto para laborar como conductor</b> </div> | <div style="background-color: yellow; border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>SI</b> </div> |
| 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 type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |
| Motivo:                                                 |                                     |                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |
| No Apto para el cargo                                   | <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |
| Motivo:                                                 |                                     |                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |
| Próxima valoración ocupacional                          | <b>1 AÑO</b>                        |                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |

|               |                                 |                                   |                                                |                                      |                                      |                                       |                                       |                                  |                              |
|---------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| <b>S.V.E.</b> | Visual <input type="checkbox"/> | Auditivo <input type="checkbox"/> | Ergonómico <input checked="" type="checkbox"/> | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Completar el esquema de vacunación acorde a los factores de riesgo presentes en la empresa. adjuntar copia del carné de vacunación.<br>Hábitos saludables: dieta adecuada y ejercicio físico 150 minutos a la semana de una duración no menor a 30 minutos por sesión<br>Reportar las condiciones de trabajo que pueden ser generadoras de accidentes laborales<br>Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal<br>Capacitación en Higiene postural, levantamiento y transporte de cargas. Pausas activas<br>Cumplir a cabalidad con las normas del reglamento de higiene y seguridad industrial en la empresa<br>Reportar todo incidente o accidente de trabajo que ocurra<br><br>Disminuir de Peso. |

|                       |           |
|-----------------------|-----------|
| <b>Remisión EPS :</b> | <b>NO</b> |
|-----------------------|-----------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO:</b> 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</p> <p>Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución.2346/07).</p> <p>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.</p> |
| <p><b>EXAMINADO:</b> 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</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

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

DANIEL ALEXANDER CAMPO VALENCIA  
CC - 1036946180