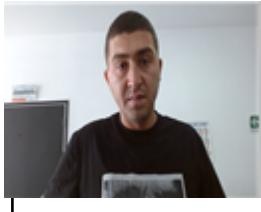


 OrienteSalud <i>Por tu bienestar!</i>	ORIENTESALUD IPS Dirección: Calle 63 A # 47 - 25 Rionegro, Antioquia Nit. 900.898.297-9		
	Fecha Examen : 24/01/2024 HORA : 11:25		
	Tipo examen: CONDUCTOR		
	Empresa: TRANSPORTES SUPERIOR SAS		

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR					
NOMBRE DEL TRABAJADOR	JAIBER DUQUE GARCIA			DOCUMENTO	CC - 1038411515
				PROFESION	PROFESION NO DEFINIDA
LUGAR DE NACIMIENTO	MARINILLA			DIRECCION	BARRIO LAS MARGARITAS
F.NACIMIENTO	05/11/1992	SEXO	MASCULINO	TELEFONO	3245798541
EDAD	31 Años - 2 Meses - 18 Días		RH: AB+	MUNICIPIO	MARINILLA (ANTIOQUIA)
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE			E.P.S.	SURA
ESCOLARIDAD	Secundaria		N. HIJOS : 1	A.F.P.	PORVENIR
CARGO A DESEMPEÑAR	CONDUCTOR			A.R.L.	NO DEFINIDA
Fecha de Ingreso	24/01/2024	Antiguedad	0 Años 0 Meses	Misión en	

RESULTADO DE EXAMENES					
Visiometría	NORMAL				
Audiometría	NORMAL				
Espirometría	NORMAL				
Laboratorios	Glicemia:----- CT:----- Triglicéridos:----- Frotis Faringeo:-----				
Laboratorios	KOH:----- Coprológico:----- Colinesterasas:-----				
Prueba Psicosensométrica	NORMAL, APROBADO, CUMPLE CON LA NORMA, APTO PARA CONDUCIR HASTA CATEGORIA C1				
Valoración Psicológica	Normal durante la evaluación médica				

CONCEPTO MEDICO INGRESO						
Apto sin patología aparente	<input checked="" type="checkbox"/>	<td colspan="3">Trabajador apto para laborar como conductor</td>	Trabajador apto para laborar 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 type="checkbox"/>					
Motivo:						
No Apto para el cargo	<input type="checkbox"/>					
Motivo:						
Próxima valoración ocupacional	1 AÑO					
S.V.E.	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.					
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					

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 paraclinicas 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
as 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


Jaiber Duque Garcia