




CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL - INGRESO

	OrienteSalud IPS Nit. 900.898.297-9 PBX: 5595615 - 3321220 ext 101 www.orientesalud.co		
	Fecha Examen : 27/03/2021 HORA : 10:25 Empresa: INVERSIONES CARIS S.A.S		

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR	FRANCISCO ALONSO CARMONA LONDOÑO			DOCUMENTO	CC - 71637575
LUGAR DE NACIMIENTO	MEDELLIN			PROFESION	PROFESION NO DEFINIDA
F.NACIMIENTO	11/05/1963	SEXO	MASCULINO	DIRECCION	BUENOS AIRES
EDAD	57 Años - 9 Meses - 16 Días		RH: A+	TELEFONO	3128406746
ESTADO CIVIL	SOLTERO(A)			MUNICIPIO	MEDELLIN (ANTIOQUIA)
ESCOLARIDAD	Secundaria			E.P.S.	SURA
CARGO A DESEMPEÑAR	CONDUCTOR			A.F.P.	COLPENSIONES
Fecha de Ingreso	27/03/2021	Antigüedad	0 Años 0 Meses	A.R.L.	NO DEFINIDA
				Misión en	INGETRANS S.A

RESULTADO DE EXAMENES

Visiometría	ALTERADA CON LENTES. NB: TIENE FORMULA ACTUAL PARA CAMBIO DE LENTES.
Audiometría	NORMAL
Espirometría	NA
Laboratorios	Glicemia:--- CT: --- Triglicéridos: --- Frotis Faringeo:--
Laboratorios	KOH:--- Coprológico: --- Colinesterasas:--
Prueba Psicossensométrica	NORMAL, APROBADO0, CATEGORÍA C1
Valoración Psicológica	Normal durante la evaluación médica
PRUEBA DE TÓXICOS	NEGATIVA

CONCEPTO MEDICO INGRESO

Apto sin patología aparente	<input checked="" type="checkbox"/>		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 ☐ Auditivo ☐ Ergonómico ☒ Psicosocial ☐ Cardiovasc. ☐ R. Biológico ☐ Respiratorio ☐ Químico ☐ Voz ☐

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
 Reportar todo incidente o accidente de trabajo que ocurra
 SE RECUERDAN LAS NORMAS SANITARIAS DE DISTANCIA, DESINFECCION Y TAPABOCAS.
 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

JUAN CAMILO MARTINEZ GOMEZ
 RM : 5-0835-07 RES: 0100511

FRANCISCO ALONSO CARMONA LONDOÑO
 CC - 71637575