



**NUESTRA I.P.S. S.A.S**  
 NIT:900342271  
 CRA 11 N13 81 B/ALFONSO LOPEZ TELÉFONO 313 201 4695

### CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

**EXAMEN:** Ingreso      **HORA:** 08:11AM      **FECHA DE REALIZACIÓN:** 2026-03-19

#### DATOS EMPRESA Y CARGO

<b>NOMBRE DE LA EMPRESA</b>		<b>TELÉFONO</b>	
<b>DIRECCIÓN DE LA EMPRESA</b>		<b>ANTIGÜEDAD/MES</b>	
<b>DESCRIPCIÓN DEL CARGO</b>	CONDUCTOR	<b>CARGO</b>	CONDUCTOR

#### DATOS TRABAJADOR

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	RINCON NIÑO HEINER ENOC	<b>ESCOLARIDAD</b>	PROFESIONAL		
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	1983-10-26	<b>EDAD:</b> 42 Años	<b>ESTADO CIVIL</b>		Casado(a)
<b>IDENTIFICACIÓN</b>	80041031	<b>GENERO:</b> M	<b>EPS</b>		SALUD TOTAL EPS S.A.
<b>DIRECCIÓN</b>	BARRIO LECHE MIEL	<b>TELÉFONO</b>	3142383439		
<b>E-mail</b>		<b>ARL</b>	ARL Positiva		
<b>AFP</b>	FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A				
<b>Peso (Kg)</b>	72.00	<b>Talla (Cm)</b>	170.00		<b>IMC</b> 24.91

<b>OSTEOMUSCULAR</b>	NORMAL	<b>APTO</b>	
<b>PERFIL LIPIDICO</b>	NORMAL	<b>NORMAL</b>	
<b>GLUCOSA</b>	NORMAL	<b>NORMAL</b>	
<b>PSICOSENSOMETRICO</b>	NORMAL	<b>NORMAL</b>	
<b>AUDIOMETRIA</b>	NORMAL	<b>NORMAL</b>	
<b>VISIOMETRIA</b>	ANORMAL	<b>ANORMAL</b>	

<b>CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL</b>	Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.
<b>Observaciones:</b>	APTO

#### RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA LA LABOR

Dieta Rica en Frutas, Verduras, Proteínas  
 Realizar actividad física mínimo 30 minutos diarios  
 Capacitación y adherencia amanejo de cargas o posturas  
 Capacitación y adherencia pausas activas  
 Uso estricto de elementos de protección personal  
 Cumplir normas de seguridad y salud en el trabajo  
 Inducción e inspección en higiene postural y manejo de cargas  
 Estilos de vida saludables  
 Uso permanente de corrección visual

El médico(a) especialista en salud ocupacional hace constancia que realizo el examen médico al trabajador y que de acuerdo a la resolución No. 1918 de 2009, la custodia de la información es responsabilidad del profesional y el trabajador que firma este documento da fe que la información suministrada y registrada por el médico es verídica.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Certifico que como paciente, he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa requiere y doy fé que la información suministrada y registrada por el médico es veraz.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro) dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR

