



INVERSIONISTAS Y PROTECTORES EN SALUD S.A.S

NIT. 900.329.703-8

E-mail: comercial@inprosalud.com.co

Tel: 60+1+7443330

Web: www.inprosalud.com.co

Funza 2528602304-08 - Madrid 2543002304-01 - Ibagué 7300102131-01

Montería 2300101408-01 - Ubaté 2584302304-09

OE 20 053801204204 - Palermo 415980130002 - Cartagena 1300102263



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 44,418

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
26 DÍA	02 MES	2025 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO			
Hora: 9:40 a.m			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
UNION TEMPORAL ICBF SOCIAL 2021				UNION TEMPORAL ICBF SOCIAL 2021			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
MENDOZA ARANZALEZ JOSUE CAMILO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	61 AÑOS 3 MESES 2 DÍAS	CC	93359422
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO ASIGNADO.							
Observaciones: NO APLICA							
APTO PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓	PSICOMOTRIZ		
VISIOMETRIA				✓	DROGAS EN ORINA X2 (COC-MAR) TEST RAPIDO		
AUDIOMETRÍA				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL		SVE AUDITIVO			HABITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HACER DEPORTE		
		CAPACITACIÓN			NO FUMAR		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO. CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL PERFIL BIOPsicofisico PARA EL CARGO SE REALIZA EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CONDUCTORES. SE REALIZAN PRUEBAS DE OPTOMETRÍA, AUDIOMETRÍA CON REPORTE DE HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL, LABORATORIOS, Y PRUEBA PSICOMOTRIZ. NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES QUE LE IMPIDAN, RESTRINJAN O LIMITEN LAS ACTIVIDADES O TAREAS DEL CARGO. REPORTE DE PARACLÍNICOS DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD. SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. MANTENER ALIMENTACIÓN BALANCEADA BAJA EN GRASAS, CARBOHIDRATOS Y HARINAS. REALIZAR EJERCICIO REGULAR. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA Y SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS Y PELIGROS, ESTIRAMIENTOS MUSCULARES DE MIEMBROS SUPERIORES, INFERIORES Y DE COLUMNA. MANTENER UNA BUENA HIGIENE POSTURAL. SE RECOMIENDA CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO. CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGÚN NORMATIVA VIGENTE.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							

Médico



Firma: _____

Nombre: BECHARA MARTINEZ MARIA MONICA

R. M.: 1143385536

L.S.O.: 25-0211 DE 2023

Código de Seguridad

V820B1H44418



Aspirante o Trabajador



Firma: _____

Nombre: MENDOZA ARANZALEZ JOSUE CAMILO

CC: 93359422