



900.329.703-8
comercial@inprosalud.com.co
60-17443330
WWW.INPROSALUD.COM.CO
2528402304-09 2543000304-01 2543000304-01
2528402304-09 2543000304-01 2543000304-01
2528402304-09 2543000304-01 2543000304-01



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 44.883

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17	03	2025	IBAGÜE (TOUMA, COLOMBIA)	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO			
DIA		MES		AÑO		CIUDAD	
Hora 11:15 a.m.							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				UNIÓN TEMPORAL ACB SOCIAL 2021			
GRUPO EVALUACIÓN Y ASESORÍAS SAS				Empresa en proceso			
Nombre de la empresa				Empresa en proceso			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE Tipo de Documento de Identificación CC Cédula de Ciudadanía CE Cédula de Extranjería TI Tarjeta de Identidad FT Pasaporte							
RAMIREZ RAMIREZ LUIS FERNEY				Genero	Edad	Documento de identificación	
Apellido y Nombre				MASCULINO	52 AÑOS 8 MESES 27 DIAS	CC	93364149
Cargos				Tipo			
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CON DEFECTO FÍSICO 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 ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR				PSICOMOTRIZ			
VISIOMETRÍA				DROGAS EN ORINA X2 (COC-MAR) LABORATORIO			
AUDIOMETRÍA							
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
USAR CORRECCIÓN VISUAL		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE AUDITIVO		FORTALECIMIENTO MUSCULAR			
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE CARDIOVASCULAR		CONTROL DE PESO			
VALORACIÓN POR EPS MEDICINA GENERAL		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
NUTRICIÓN		CAPACITACIÓN		HACER DEPORTE			
				NO FUMAR			
				DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO. CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL PERFIL BIOPSICOFÍSICO PARA EL CARGO							
SE REALIZA EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y CONDUCTORES							
SE REALIZAN PRUEBAS DE OPTOMETRÍA, AUDIOMETRÍA, LABORATORIOS, Y PRUEBA PSICOMOTRIZ. NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES QUE LE IMPIDAN, RESTRINJAN O LIMITEN LAS ACTIVIDADES O TAREAS DEL CARGO. REPORTE DE PARAGUÍNCOS 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. CONSULTAR ADEMÁS CON MEDICINA GENERAL POR LA EPS PARA AJUSTE DE LA PRESIÓN ARTERIAL. 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.							