

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL - INGRESO



OrienteSalud IPS
Nit. 900.898.297-9
PBX: 5595615 - 3321220 ext 101
www.orientesalud.co



Fecha Examen : 26/03/2021 HORA : 14:19
Empresa: INVERSIONES CARIS S.A.S

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR	JOSEPH HERIBERTO ARIAS RAMIREZ			DOCUMENTO	CC - 98630676
LUGAR DE NACIMIENTO	MEDELLIN			PROFESION	TECNICO
FNACIMIENTO	28/03/1977	SEXO	MASCULINO	DIRECCION	LEO MASADO
EDAD	43 Años - 11 Meses - 28 Días		RH: O-	TELEFONO	3017865944
ESTADO CIVIL	CASADO(A)			MUNICIPIO	LA CEJA (ANTIOQUIA)
ESCOLARIDAD	Técnico	N. HIJOS:	3	E.P.S.	COOMEVA
CARGO A DESEMPEÑAR	CONDUCTOR			A.F.P.	PROTECCION
Fecha de Ingreso	26/03/2021	Antiguedad	0 Años 0 Meses	A.R.L.	NO DEFINIDA
				Misión en	INGETRANS S.A

RESULTADO DE EXAMENES

Visiometría	NORMAL
Audiometría	NORMAL
TEST DE TOXICOS EN ORINA	NEGATIVO
Laboratorios	Glicemia: ----- CT: ----- Triglicéridos: ----- Frotis Faringeo: -----
Laboratorios	KOH: ----- Coprológico: ----- Colinesterasas: -----
Prueba Psicosensométrica	NORMAL, APROBADO, CUMPLE CON LA NORMA APTO PARA CONDUCIR HASTA CATEGORIA C2
Valoración Psicológica	Normal durante la evaluación médica

CONCEPTO MEDICO INGRESO

Apto sin patología aparente	X			SI					
Apto para el cargo con patología que no limita la labor									
Apto para el cargo a desempeñar con restricciones									
Motivo:									
Aplazado									
Motivo:									
No Apto para el cargo									
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 carnet 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 y/o accidente de trabajo que ocurra

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

JOSEPH HERIBERTO ARIAS RAMIREZ
CC - 98630676