




## CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL - INGRESO

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  | <b>OrienteSalud IPS</b><br>Nit. 900.898.297-9<br>PBX: 5595615 - 3321220 ext 101<br>www.orientesalud.co |  |  |
|  | Fecha Examen : 26/03/2021 HORA : 14:19<br>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             |
| F.NACIMIENTO          | 28/03/1977                     | SEXO       | MASCULINO      | DIRECCION | LEO MASADO          |
| EDAD                  | 43 Años - 11 Meses - 28 Dias   |            | 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                     | Antigüedad | 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 Psicossensométrica | 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                             | <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 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