



Ingreseemos sas

¡Cuidamos la Salud de Tu Recurso Humano!

NIT 901261532-4

Dirección: Cr 50 A # 58 - 69 Prado Centro

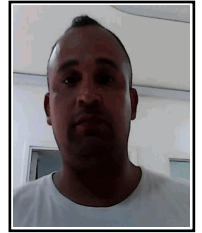
Teléfonos: 311 777 6767 - 322 307 3618

Mail: contacto@ingreseemos.com

facturacioningreseemos@gmail.com

www.ingreseemos.com

Medellín, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 34.773

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
03 DÍA	10 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN TRANSPORTE							
			Ciudad								
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE											
TRANSPORTES ESPECIALES INTEREXPRES S.A.S				TRANSPORTES ESPECIALES INTEREXPRES S.A.S							
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)											
CASTAÑO BENITEZ RUPERTO DE JESUS				Genero		Edad		Documento de Identificación			
				MASCULINO		39 AÑOS 11 MESES 22 DÍAS		CC 70422168			
Apellidos y Nombres						Tipo		Número			
Cargo CONDUCTOR											
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO O LABOR ASIGNADA											
Observaciones: NO APLICA											
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)									
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES					
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA					
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:											
EXAMEN AUDIOMETRIA TAMIZ				✓		EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				✓	
VISIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ				✓		TEST DE DOS DROGAS MARIHUANA Y COCAINA				✓	
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA				✓		-----					
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR NUTRICION				USO DE EPP				HABITOS SALUDABLES			
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL				CONTROL DE PESO : OBESIDAD TIPO I			
								HACER DEPORTE : EJERCICIO HABITUAL.			
								DIETA BALANCEADA : BAJO EN GRASA Y CARBOHIDRATOS.			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES											
INGRESA USUARIO PARA EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS EN TRANSPORTE: OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA, PRUEBA PSICOSENSOMETRICA Y VISIOMETRIA TAMIZ PARA EL CARGO DE CONDUCTOR. SIN COMORBILIDADES DE IMPORTANCIA. ASINTOMATICO RESPIRATORIO Y GASTROINTESTINAL EN LOS ULTIMOS 8 DIAS. EXAMEN FISICO SIN HALLAZGOS A DESTACAR. VALORACION OSTEOMUSCULAR NORMAL. EXAMEN AUDIOMETRICO: AUDICIÓN EN PARÁMETROS DE NORMALIDAD BILATERAL. VALORACION VISIOMETRICA: AGUDEZA VISUAL DE LEJOS Y CERCA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES MOTILIDAD OCULAR: NORMAL PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APROBADA. RESULTADO DE EXAMENES PARACLINICOS NEGATIVOS, NORMAL. EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR A DESEMPEÑAR. SE DA RECOMENDACIONES EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE. EL PRESENTE CONCEPTO DE APTITUD SE EMITE CON BASE EN LOS HALLAZGO ENCONTRADOS EN LA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA EL DÍA DE HOY Y CON BASE EN LA INFORMACIÓN APORTADA POR EL TRABAJADOR Y/O POR LA EMPRESA CONTRATANTE.											
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: MARIN TOBON GERARDO ANDRES

R. M.: 5224306


L.S.O.: 2020060125953



Código de Seguridad

W882C1I34773

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: CASTAÑO BENITEZ RUPERTO DE JESUS

CC: 70422168

