
	ORIENTESALUD IPS Dirección: Calle 63 A # 47 - 25 Rionegro, Antioquia Nit. 900.898.297-9		
	Fecha Examen : 02/09/2025 HORA : 09:19		
	Tipo examen: INGRESO		
	Empresa: PARTICULAR		

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR					
NOMBRE DEL TRABAJADOR	AURELIO DE JESUS ZULUAGA MARIN			DOCUMENTO	CC - 98714840
LUGAR DE NACIMIENTO	MEDELLIN			PROFESION	PROFESION NO DEFINIDA
F.NACIMIENTO	26/07/1984	SEXO	MASCULINO	DIRECCION	BARRIO LOPEZ DE MESA
EDAD	41 Años - 1 Meses - 7 Dias		RH: O+	TELEFONO	3135225471
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE			MUNICIPIO	MEDELLIN (ANTIOQUIA)
ESCOLARIDAD	Secundaria		N. HIJOS : 2	E.P.S.	SURA
CARGO A DESEMPEÑAR	CONDUCTOR			A.F.P.	NO DEFINIDO
Fecha de Ingreso	02/09/2025	Antigüedad	0 Años 0 Meses	A.R.L.	NO DEFINIDA
				Misión en	

RESULTADO DE EXAMENES	
Visiometría	NORMAL
Audiometría	NORMAL
Espirometría	NA
Laboratorios	Glicemia: -----CT:-----Triglicéridos: ----- Frotis Faringeo:-----
Laboratorios	KOH:----- Coprológico:----- Colinesterasas:-----
Prueba Psicosensométrica	NORMAL, APROBADO, CUMPLE CON LA NORMA, APTO PARA CONDUCIR HATA CATEGORIA C2
Valoración Psicológica	Normal durante la evaluación médica

CONCEPTO MEDICO INGRESO CONDUCTOR			
Apto sin patología aparente	<input checked="" type="checkbox"/>	<div style="background-color: yellow; border: 2px solid black; padding: 5px;"> Trabajador apto para labores como conductor </div>	<div style="background-color: yellow; border: 2px solid black; padding: 5px;"> SI </div>
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 <input type="checkbox"/>	Auditivo <input type="checkbox"/>	Ergonómico <input checked="" type="checkbox"/>	Psicosocial <input type="checkbox"/>	Cardiovasc. <input type="checkbox"/>	R. Biológico <input type="checkbox"/>	Respiratorio <input type="checkbox"/>	Químico <input type="checkbox"/>	Voz <input type="checkbox"/>
---------------	---------------------------------	-----------------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

RECOMENDACIONES - OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

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

Cumplir a cabalidad con las normas del reglamento de higiene y seguridad industrial en la empresa

Reportar todo incidente y/o accidente de trabajo que ocurra



EPS: Valoración por Nutricionista.

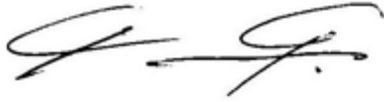
Se informa asistir o continuar en controles preventivos por el medico líder de su EPS de promoción y prevención de la salud con Nutricionista por su índice masa corporal IMC indica obesidad (Grado I), se le recomienda seguir sus indicaciones, bajar de peso y buenos hábitos de alimentación para evitar posibles trastornos osteomusculares a nivel de espalda y extremidades inferiores. Así como realizar ejercicio o actividad física asistida.

Remisión EPS : SI

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 efectuó, 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

 OrienteSalud <small>Por la bienestar!</small>	<p align="center">ORIENTESALUD IPS Dirección: Calle 63 A # 47 - 25 Rionegro, Antioquia Nit. 900.898.297-9</p> <p>Fecha Examen : 02/09/2025 HORA : 09:19</p> <p>Tipo examen: INGRESO</p> <p>Empresa: PARTICULAR</p>	
--	--	--



JUAN CAMILO MARTINEZ GOMEZ
RM : 5-0835-07 RES: LIC SO 2020060111670



AURELIO DE JESUS ZULUAGA MARIN
CC - 98714840

Puede verificar la veracidad de este certificado escaneando este codigo
(La informacion de este certificado debe coincidir con la que vera en la web):

