
 <p>OrienteSalud Por la bienestar!</p>	<b>ORIENTESALUD IPS</b> Dirección: Calle 63 A # 47 - 25 Rionegro, Antioquia Nit. 900.898.297-9		
	Fecha Examen : <b>06/10/2025 HORA : 16:11</b>		
	Tipo examen: <b>INGRESO</b>		
	Empresa: <b>TRANSPORTES SUPERIOR SAS</b>		

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR					
NOMBRE DEL TRABAJADOR	<b>JOHN ALEJANDRO MONTOYA OSORIO</b>			DOCUMENTO	CC - 1036949154
LUGAR DE NACIMIENTO	RIONEGRO			PROFESION	PROFESION NO DEFINIDA
F.NACIMIENTO	07/02/1994	SEXO	MASCULINO	DIRECCION	VDA SANTA BARBARA
EDAD	31 Años - 7 Meses - 28 Dias		RH: O+	TELEFONO	3217280947
ESTADO CIVIL	SOLTERO(A)			MUNICIPIO	RIONEGRO (ANTIOQUIA)
ESCOLARIDAD	Secundaria		N. HIJOS : 0	E.P.S.	SURA
CARGO A DESEMPEÑAR	<b>CONDUCTOR</b>			A.F.P.	NO DEFINIDO
Fecha de Ingreso	06/10/2025	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 Psicosensoométrica	NORMAL APROBADO CATEGORIA C2
Valoración Psicológica	Normal durante la evaluación médica

CONCEPTO MEDICO INGRESO		CONDUCTOR	
Apto sin patología aparente	<input checked="" type="checkbox"/>	Trabajador apto para labores como conductor	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	<b>1 AÑO</b>		

<b>S.V.E.</b>	Visual	Auditivo	Ergonómico	<input checked="" type="checkbox"/>	Psicosocial	Cardiovasc.	R. Biológico	Respiratorio	Químico	Voz
---------------	--------	----------	------------	-------------------------------------	-------------	-------------	--------------	--------------	---------	-----

#### 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 o accidente de trabajo que ocurra

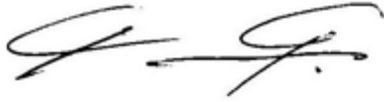
Disminuir de Peso.

**Remisión EPS : NO**

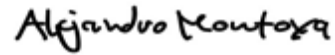
CONSENTIMIENTO INFORMADO: Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el médico examinador de las exigencias de Ley para su relación, por consiguiente certifico que he autorizado para que se me efectuó, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas establecidas para el 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

 <b>OrienteSalud</b> <small>Por la bienestar!</small>	<p align="center"><b>ORIENTESALUD IPS</b> Dirección: Calle 63 A # 47 - 25 Rionegro, Antioquia Nit. 900.898.297-9</p> <p>Fecha Examen : <b>06/10/2025 HORA : 16:11</b></p> <p>Tipo examen: <b>INGRESO</b></p> <p>Empresa: <b>TRANSPORTES SUPERIOR SAS</b></p>	
--	--	--



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



JOHN ALEJANDRO MONTOYA OSORIO  
CC - 1036949154

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

