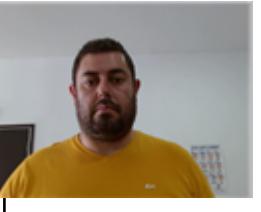


|   |  |  |
|---|--|--|
| <br><b>OrienteSalud</b><br><i>Por tu bienestar!</i> | <p style="text-align: center;"><b>ORIENTESALUD IPS</b></p> <p>Dirección: Calle 63 A # 47 - 25 Rionegro, Antioquia<br/>Nit. 900.898.297-9</p> <p>Fecha Examen : <b>06/09/2023 HORA : 13:54</b></p> <p>Tipo examen: <b>CONDUCTOR</b></p> <p>Empresa: <b>TRANSPORTES SUPERIOR SAS</b></p> |  |
|---|--|--|

| IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR |                                 |            |                |           |                               |
|-------------------------------|---------------------------------|------------|----------------|-----------|-------------------------------|
| NOMBRE DEL TRABAJADOR         | <b>LUIS HORACIO TORO MORENO</b> |            |                | DOCUMENTO | CC - 1128279746               |
| LUGAR DE NACIMIENTO           | MEDELLIN                        |            |                | PROFESION | PROFESION NO DEFINIDA         |
| F.NACIMIENTO                  | 30/05/1989                      | SEXO       | MASCULINO      | DIRECCION | BARRIO TAHAMIES               |
| EDAD                          | 34 Años - 3 Meses - 7 Días      |            | RH: B+         | TELEFONO  | 3103994235                    |
| ESTADO CIVIL                  | UNION LIBRE                     |            |                | MUNICIPIO | CARMEN DE VIBORAL (ANTIOQUIA) |
| ESCOLARIDAD                   | Secundaria                      |            | N. HIJOS : 1   | E.P.S.    | SURA                          |
| CARGO A DESEMPEÑAR            | <b>CONDUCTOR</b>                |            |                | A.F.P.    | PORVENIR                      |
| Fecha de Ingreso              | 06/09/2023                      | Antiguedad | 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, CATEGORIA C2                |  |  |  |  |
| Valoración Psicológica   | Normal durante la evaluación médica           |  |  |  |  |
|                          |   |  |  |  |  |
|                          |   |  |  |  |  |

| CONCEPTO MEDICO INGRESO  |                                     |   |                          |   |             |             |              |              |         |     |
|--|-------------------------------------|---|--------------------------|---|-------------|-------------|--------------|--------------|---------|-----|
| Apto sin patología aparente  | <input checked="" type="checkbox"/> | Apto para el cargo con patología que no limita la labor | <input type="checkbox"/> | Trabajador apto para laborar como conductor | <b>SI</b>   |             |              |              |         |     |
| 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  |                                     |   |                          |   |             |             |              |              |         |     |
| Completar el esquema de vacunación acorde a los factores de riesgo presentes en la empresa. adjuntar copia del carnet de vacunación.<br>Hábitos saludables: dieta adecuada y ejercicio físico 150 minutos a la semana de una duración no menor a 30 minutos por sesión<br>Reportar las condiciones de trabajo que pueden ser generadoras de accidentes laborales<br>Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal<br>Capacitación en Higiene postural,levantamiento y transporte de cargas. Pausas activas<br>Cumplir a cabalidad con las normas del reglamento de higiene y seguridad industrial en la empresa<br>Reportar todo incidente o accidente de trabajo que ocurra<br><br>Disminuir de Peso. |                                     |   |                          |   |             |             |              |              |         |     |

|   |
|---|
| <b>Remisión EPS :</b> <b>NO</b>   |
| <p><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO:</b> 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</p> <p>Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución 2346/07).</p> <p>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.</p> <p><b>EXAMINADO:</b> 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</p> <p>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</p> |