
 <p>OrienteSalud Por la bienestar!</p>	ORIENTESALUD IPS Dirección: Calle 63 A # 47 - 25 Rionegro, Antioquia Nit. 900.898.297-9		
	Fecha Examen : 08/09/2023 HORA : 09:56		
	Tipo examen: CONDUCTOR		
	Empresa: TRANSPORTES SUPERIOR SAS		

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR					
NOMBRE DEL TRABAJADOR	LUIS FERNANDO MONTOYA MUÑOZ			DOCUMENTO	CC - 98505760
LUGAR DE NACIMIENTO	SANTO DOMINGO			PROFESION	PROFESION NO DEFINIDA
F.NACIMIENTO	11/01/1968	SEXO	MASCULINO	DIRECCION	MIRADOR DEL NARE
EDAD	55 Años - 7 Meses - 27 Dias		RH: O+	TELEFONO	3216457301
ESTADO CIVIL	CASADO(A)			MUNICIPIO	ALEJANDRIA (ANTIOQUIA)
ESCOLARIDAD	Primaria		N. HIJOS : 2	E.P.S.	NUEVA EPS
CARGO A DESEMPEÑAR	CONDUCTOR			A.F.P.	COLPENSIONES
Fecha de Ingreso	08/09/2023	Antigüedad	0 Años 0 Meses	A.R.L.	NO DEFINIDA
				Misión en	

RESULTADO DE EXAMENES	
Visiometría	NORMAL CON GAFAS
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 HASTA CATEGORIA C2
Valoración Psicológica	Normal durante la evaluación médica

CONCEPTO MEDICO INGRESO			
Apto sin patología aparente	<input checked="" type="checkbox"/>	Trabajador apto para laborar 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	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
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 IPS: Valoración por Nutricionista.

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 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: LIC SO 2020060111670

LUIS FERNANDO MONTOYA MUÑOZ
CC - 98505760