

 OrienteSalud <i>Por tu bienestar!</i>	ORIENTESALUD IPS Dirección: Calle 63 A # 47 - 25 Rionegro, Antioquia Nit. 900.898.297-9 Fecha Examen : 26/09/2025 HORA : 15:44 Tipo examen: INGRESO Empresa: TRANSPORTES SUPERIOR SAS	
---	--	--

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR					
NOMBRE DEL TRABAJADOR	JORGE DAIRO CARDONA ZULETA			DOCUMENTO	CC - 98549470
				PROFESION	SUPERIOR
LUGAR DE NACIMIENTO	ITUANGO			DIRECCION	VDA CHOCHOMAYO
F.NACIMIENTO	19/03/1970	SEXO	MASCULINO	TELEFONO	3127461547
EDAD	55 Años - 6 Meses - 9 Días		RH: A+	MUNICIPIO	MARINILLA (ANTIOQUIA)
ESTADO CIVIL	CASADO(A)			E.P.S.	NUEVA EPS
ESCOLARIDAD	Superior		N. HIJOS : 4	A.F.P.	PORVENIR
CARGO A DESEMPEÑAR	CONDUCTOR			A.R.L.	NO DEFINIDA
Fecha de Ingreso	26/09/2025	Antiguedad	0 Años 0 Meses	Misión en	

RESULTADO DE EXAMENES					
Visiometría	ALTERADO				
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				
Examen Visual Ocupacional	DEBE CONSULTAR CON OPTOMETRIA EN SU EPS PARA FORMULACION DE GAFAS				

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	1 AÑO				
S.V.E.	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 y/o accidente de trabajo que ocurra

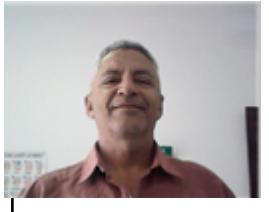
Disminuir de Peso.

DEBE CONSULTAR CON OPTOMETRIA EN SU EPS PARA FORMULACION DE GAFAS

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 efectué, 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 tu bienestar!</small>	ORIENTESALUD IPS Dirección: Calle 63 A # 47 - 25 Rionegro, Antioquia Nit. 900.898.297-9 Fecha Examen : 26/09/2025 HORA : 15:44 Tipo examen: INGRESO Empresa: TRANSPORTES SUPERIOR SAS	
--	--	--



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



JORGE DAIRO CARDONA ZULETA
CC - 98549470

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

