



Ingreseemos sas

¡Cuidamos la Salud de Tu Recurso Humano!

NIT 901261532-4

Dirección: Cr 50 A # 58 - 69 Prado Centro

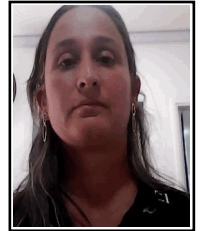
Teléfonos: 311 777 6767 - 322 307 3618

Mail: contacto@ingreseemos.com

facturacioningreseemos@gmail.com

www.ingreseemos.com

Medellín, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.110

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DÍA	01 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN TRANSPORTE			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTES ESPECIALES INTEREXPRES S.A.S				TRANSPORTES ESPECIALES INTEREXPRES S.A.S			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
URIBE RESTREPO ADRIANA MARIA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	43 AÑOS 8 MESES 11 DÍAS	CC	43400969
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO O LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN AUDIOMETRIA TAMIZ				EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
VISIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ				TEST DE DOS DROGAS MARIHUANA Y COCAINA			
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
INGRESA USUARIO PARA EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS EN TRANSPORTE: OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA, PRUEBA PSICOSENSOMETRICA Y VISIOMETRIA TAMIZ PARA EL CARGO DE CONDUCTOR. SIN COMORBILIDADES DE IMPORTANCIA. ASINTOMATICO RESPIRATORIO Y GASTROINTESTINAL EN LOS ULTIMOS 8 DIAS. EXAMEN FISICO SIN HALLAZGOS A DESTACAR. VALORACION OSTEOMUSCULAR NORMAL. EXAMEN AUDIOMETRICO: AUDICIÓN EN PARÁMETROS DE NORMALIDAD BILATERAL. VALORACION VISIOMETRICA: AGUDEZA VISUAL DE LEJOS Y CERCA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES MOTILIDAD OCULAR: NORMAL PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APROBADA. EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR A DESEMPEÑAR. SE DA RECOMENDACIONES EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE. EL PRESENTE CONCEPTO DE APTITUD SE EMITE CON BASE EN LOS HALLAZGO ENCONTRADOS EN LA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA EL DÍA DE HOY Y CON BASE EN LA INFORMACIÓN APORTADA POR EL TRABAJADOR Y/O POR LA EMPRESA CONTRATANTE.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							

Médico

Firma:



Nombre: MARIN TOBON GERARDO ANDRES

R. M.: 5224306

L.S.O.: 2020060125953

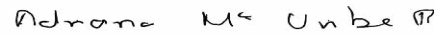


Código de Seguridad

E882K1Q40110

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: URIBE RESTREPO ADRIANA MARIA

CC: 43400969

