



¡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@ingresemos.com
facturacioningresemos@gmail.com
www.ingresemos.com
 Medellín, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 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 LABORÓ 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 Extranjeria, 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 | | ✓ |
| VISIONETRIA OCUPACIONAL TAMIZ | | | | ✓ | TEST DE DOS DROGAS MARIHUANA Y COCAINA | | ✓ |
| PRUEBA PSICOSENSOMETRICA | | | | ✓ | ----- | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | | |
| | | USO DE EPP | | | HÁBITOS 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 VISIONETRIA 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 VISIONETRICA: 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

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: URIBE RESTREPO ADRIANA MARIA



Código de Seguridad

E882K1Q40110

CC: 43400969