



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1 (#112496)



Ingreso con Énfasis Osteomuscular

CIUDAD: AGUACHICA

FECHA: 20 05 2025 05:40 PM
DD MM AAAA HORA

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la Empresa ELECTRICAS DE MEDELLIN - INGENIERIA Y SERVICIOS S.A.S.	Cargo CONDUCTOR VEHICULO SEMIPESADO
Sede AGUACHICA	Sección / Empresa en Misión edemsa sola 235

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Primer nombre JONATHAN	Segundo nombre SMITH	Primer apellido MAHECHA	Segundo apellido CASTRO
Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía		Número: 1065879322	Edad: 35 Años

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

- Sin limitaciones o restricciones para el cargo Con Restricciones o limitaciones para el cargo Aplazado

Motivo del aplazamiento:

Se recomienda valoración por EPS: SI NO

Se entrega formato de remisión a EPS: SI NO

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T	P	Recomendaciones
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Recomendaciones:

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HIGIENE POSTURAL, ACATAR NORMAS DE SEGURIDAD VIAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

EXÁMENES REALIZADOS

<input checked="" type="checkbox"/> Ingreso con Énfasis Osteomuscular	<input checked="" type="checkbox"/> AUDIOMETRIA	<input checked="" type="checkbox"/> ESPIROMETRIA	<input checked="" type="checkbox"/> VISIONMETRIA	<input checked="" type="checkbox"/> P. PSICOSENSOMÉTRICA
<input checked="" type="checkbox"/> ÉNFASIS EN CONDUCCIÓN	<input checked="" type="checkbox"/> GLICEMIA	<input checked="" type="checkbox"/> CUADRO HEMATICO	<input checked="" type="checkbox"/> PANEL X2 MARIHUANA Y COCAINA	

Otros exámenes:

*APTO PARA REALIZAR LABORES DE CONDUCCION.

Incluir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: Cardiovascular Osteomuscular Auditivo Visual Respiratorio

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador: Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar a realizar a mí el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), la asesoría antes de las tomas de las pruebas. Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizara el(los) examen(es) ocupacional(es). Fui informado de las medidas que tomará Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente y que me encuentro en la capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: Dr(a) **KATERINE FEREZ MENESES**

Registro Médico: 8971

Licencia Salud Ocupacional: 10655



Aspirante o trabajador

Firma:

Nombre: **JONATHAN SMITH MAHECHA CASTRO**

Documento Identidad: 1065879322



Nombres **JONATHAN SMITH MAHECHA CASTRO**
 Doc CC1065879322
 Sexo M
 F Nacim 1989-07-29
 Fecha 2025-05-20

CENTRO INTEGRAL DE APOYO TERAPEUTICO
 SUPERAR
 Ciatsuperar Aguachica
 900135067-8

Resumen de Resultados Test Psico-Motriz

Parámetro	Rango de Aprobación	Resultado					
Atención Concentrada							
Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 0.690 Seg.	0.443					
Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 0.690 Seg.	0.443					
Num. Errores	<= 5 Errores	0					
Reacciones Múltiples							
Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 1.140 Seg.	0.85					
Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 1.140 Seg.	0.866					
Num. Errores	<= 7 Errores	1					
Reacción al Frenado							
Tiempo Promedio de Reacción (T.P.R)	<= 0.750 Seg.	0.458					
Coordinación Bimanual - Motricidad Fina							
Tiempo Total de error (T.T.E)	<= 4,830 Seg.	0					
Num. Errores	<= 15 Errores	0					
Coordinación Bimanual - Motricidad Gruesa							
Tiempo Total de error (T.T.E)	<= 32,248	6.489					
Num. Errores	<= 85 Errores	40					
Velocidad de Anticipación							
Tiempo Medio de Desviación (T.M.D)	<= 0.830 Seg.	0.254					
Trazabilidad de la Medida							
Documento CC1065879322	Fecha 2025-05-20 08:50:06	Modelo AGX-PT3	Serie # 3020	Firmware 2.0.0.11	Prueba #	Form# PT3-04	Baremo BPT-2

Observaciones:

DE ACUERDO A LOS RESULTADOS, SE EVIDENCIA QUE EL PACIENTE NO PRESENTA ALTERACIONES DE COORDINACIÓN MOTRIZ, EN LA EJECUCIÓN DE LAS PRUEBAS.

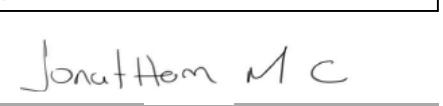
Servicios Ordenados:

PALL - Aptitudes Psico-Motrices (Todos) [3]

Status/Certificado

Aprobado


JAIRO DAVID AMAYA URIBE
 PSICOLOGO , TP, 218003


JONATHAN SMITH MAHECHA CASTRO
 Evaluado

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

La salud es de todos.

REPUBLICA DE COLOMBIA
ALCALDIA DE AGUACHICA
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
PAI



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Jonathan Smith

Apellidos:

Mahecho Castro

Documento de Identidad:

CC TI Pasaporte

No. 1055 879 322

Fecha de Nacimiento:

Día: 29 Mes: 07 Año: 1989

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Unica			
Fiebre Amarilla	Unica	10-02-123	23K0315	Próxima Palma
Toxoido Tetánico - Difterico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdAP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Jonssen	1	30-06-21	20821A	Leidy Pena
Covaxin	2	24-01-22	204 F21A	Diana Palma
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de Vacunación
o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

La salud es de todos.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
ALCALDIA DE AGUACHICA
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
PAI



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Jonathan Smith

Apellidos:

Mahecho castro

Documento
de Identidad:

CC TI Pasaporte No. 1065 879 322

Fecha de
Nacimiento: Dia: 29 Mes: 07 Año: 1989

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	10-02-25	23K0315	Padre Pérez Leidy Pérez
Toxoide Tetánico - Difterico (Td)	1	22-05-25	220800924	Padre Pérez Leidy Pérez
	2			
	3			
	4			
	5			
TdP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Janssen	30-06-21	20321A	Leidy Pérez	
CanSino	24-01-22	204F21A	Leidy Pérez	
	19			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				