



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

Describe 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"/> VISIOMETRIA	<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 paraclínico(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) paraclínico(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 paraclínico(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). Fuí 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 PEREZ MENESES
Registro Médico: 8971 Licencia Salud Ocupacional: 10655

Aspirante o trabajador

Firma: 
Nombre: JONATHAN SMITH MAHECHA CASTRO
Documento Identidad: 1065879322

Se realiza la atención del usuario cumpliendo con los protocolos de Bioseguridad para COVID-19 en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social.



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	Fecha	Modelo	Serie #	Firmware	Prueba #	Form#	Baremo
CC1065879322	2025-05-20 08:50:06	AGX-PT3	3020	2.0.0.11		PT3-04	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:	Status/Certificado
PALL - Aptitudes Psico-Motrices (Todos) [3]	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.



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Jonathan Smith

Apellidos:

Mahecha Castro

Documento
de Identidad:

CC DTI Pasaporte No. 1065 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	10-02/23	23K0315	Podime Palma
Toxoide Tetánico - Diférico (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			
	4			
Jonsson	30-06-21	20B21A	Leidy Peña	
Covid 19	24-01-22	204 F21A	Diana Palma	
Influenza estacional	1			
	2			
	3			
	4			
Otras	Anual			

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.



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:

Día:

29

Mes:

07

Año:

1989

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Unica			
Fiebre Amarilla	Unica	10-02-25	23K0315	Podime Alamo
Tosolide Tetánico - Difétrico (Td)	1	22-05-25	220800924	Podime Alamo
	2			
	3			
	4	arta: 24-julio-2021		
	5			
TdaP acellular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Jonsson		30-06-21	20B21A	Leidy Pena
COVID-19		24-01-22	204 F21A	Diana Palma
Influenza estacional	3			
	4			
Otras	Anual			