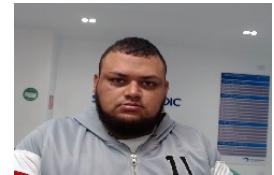


# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CRC CERTIBELLO SAS

NIT: 900704411-0



**CONDUCTOR**  
Certificado de aptitud: 1061626629-21376

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>Fecha y Lugar:</b>	11/4/2024 - BELLO - ANTIOQUIA	<b>Tipo de Examen:</b>	EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO
<b>Paciente:</b>	CRISTIAN CAMILO LOPEZ CARDONA	<b>Identificación:</b>	1061626629
<b>Género</b>	MASCULINO	<b>Edad:</b>	27
<b>Teléfono</b>		<b>Móvil:</b>	3218826325
<b>Fecha Nacimiento:</b>	28/7/1996	<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR
<b>Estado Civil:</b>	UNIÓN LIBRE	<b>EPS:</b>	SALUD TOTAL EPS
<b>Dirección</b>	BELEN RINCON	<b>ARL:</b>	NO REPORTA
<b>Escolaridad:</b>	BACHILLERATO	<b>AFP:</b>	NO REPORTA
<b>Empresa</b>	TRANSPORTES SUPERIOR S.A.S		

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

### PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (CONDUCTORES)

Cumple con parámetros de aptitud física, mental y de coordinación motriz, para seguridad vial según resolución 0217/2014 de Mintransporte. Realizar capacitación y entrenamiento de manejo defensivo y seguro, continuar con las actividades definidas para la empresa, para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y de seguridad vial.

### AUDIOMETRIA

1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO

### OPTOMETRIA

DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL EN VISION LEJANA Y PROXIMA EN AMBOS OJOS, SE RECOMIENDA ASISTIR A CONSULTA DE OPTOMETRIA.

### MEDICINA OCUPACIONAL

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, SE RECOMIENDA TENER HABITOS DE VIDA SALUDABLE , PAUSAS ACTIVAS , USO ADECUADO DE EPP , CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SST ESTALECIDAS POR LA EMPRESA , AVISAR A SU JEFE INMEDIATO EN CASO DE SUFRIR ACCIDENTE O INCIDENTE LABORAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA, CIRUGIA BARIÁTRICA Y NUTRICIÓN EN EPS., POR ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA , SE RECOMIENDA CONSULTAR PARA VALORACION Y MANEJO , DEBE USAR LENTES DURANTE LA JORNADA LABORAL

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

### EXAMEN LABORAL DE INGRESO CON RECOMENDACIONES PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO COMO CONDUCTOR SEGUN RESOLUCION 0217/14 MIN TRANSPORTE

Observaciones: CONSULTA PRIORITARIA EN EPS PARA ESTUDIO Y MANEJO DE ALTERACIÓN EN CIFRAS TENSIONALES E INGRESO A PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR.

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: - Cumple con parametros de aptitud fisica , mental y de coordinacion motriz para seguridad vial segun resolucion 0217/14 de mintransporte

- Capacitación y entrenamiento en manejo defensivo y seguro.
- Continuar con las actividades definidas por la empresa para la prevención del consumo de sustancias Psicoactivas y de seguridad vial.
- Verificar el estado del vehículo antes de comenzar cobertura de rutas y de ser el caso, reportar inmediatamente el deterioro o el daño
- Si va en vehículo de cuatro ruedas utilizar siempre el cinturón de seguridad
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos en alturas.
- Utilizar las medidas de prevención y protección contra caídas
- Uso adecuado de los elementos de protección personal y de anclaje
- Antes de comenzar labores, verificar los implementos y equipos de seguridad y de protección personal que dispone para caídas, su capacidad de amortiguación y en especial, los pesos mínimos/máximos requeridos para su activación de acuerdo con lo definido por el fabricante
- Cumplir siempre las normas de seguridad vial y respetar los límites de velocidad establecidos
- No conducir si hay fatiga o somnolencia (descansar un poco y reiniiciar labores)
- Conducir atento y no utilizar manos libres, el celular ni ningún tipo de equipo digital mientras conduce
- Hacer estiramientos musculares antes/después de la jornada laboral
- Realizar una marcha segura para los desplazamientos por escaleras, pisos irregulares, zonas comunes, zonas públicas, etc.

### Tipo de Restricción

### Condiciones, Factores, Agentes Asociados

### Permanente

NO

### Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

#### NUTRICIÓN

- Ingresar para control de peso y estimular hábitos de vida saludable

PPyP

#### VISUAL

- POR ALTERACION VISUAL , SE RECOMIENDA INGRESAR A PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL

PPyP

## Información de Remisiones

#### NUTRICION

- POR ALTERACION EN EL PESO , SE RECOMIENDA CONSULTAR EN EPS PARA VALORACION Y MANEJO .

#### OPTOMETRÍA

- POR ALTERACIÓN VISUAL NO CORREGIDA, SE RECOMIENDA CONSULTAR EN EPS PARA VALORACIÓN Y MANEJO POR OPTOMETRÍA

'En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de

ninguna i-ndole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

Nota: Dando cumplimiento a las disposiciones legales , Ley 1581 de 2012 (protección de datos personales), Ley 1266 de 2008 (Habeas Data) y Ley 1273 de 2009 (Protección de la Información y de los datos), declaro en mi calidad de usuario de la IPS, que he sido informado y conozco de manera clara y expresa la finalidad con que se recopilan mis datos y autorizo expresamente a que la presente entidad conozca, actualice , corrija o suprima la información entregada, por lo que los datos recopilados serán tratados de manera confidencial y exclusivamente para los propósitos relacionados con los trámites y servicios que presta la entidad'

*yudy*  
Yudy Andrea Osorio Z.  
C.C 1020442291  
CRM/05-0272-14  
I.I.C. S060031132-18



*Cristian*

YUDY ANDREA OSORIO ZAPATA

Médico Especialista en Salud Laboral

60031132-18 050272-14

CRISTIAN CAMILO LOPEZ CARDONA

Firma y cédula del Paciente

1061626629