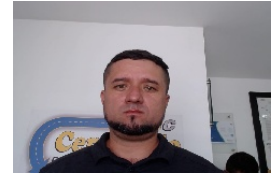


# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CRC CERTIBELLO SAS

NIT: 900704411-0



CONDUCTOR

Certificado de aptitud: 8127422-15155

## INFORMACIÓN GENERAL

<b>Fecha y Lugar:</b>	11/5/2023 - BELLO - ANTIOQUIA	<b>Tipo de Examen:</b>	EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO	
<b>Paciente:</b>	WILLINTON DE JESUS TORO OSORIO	<b>Identificación:</b>	8127422	
<b>Género:</b>	MASCULINO	<b>Edad:</b>	39	
<b>Fecha Nacimiento:</b>	14/5/1984	<b>Teléfono:</b>	3003886377	<b>Móvil:</b> 3003886377
<b>Estado Civil:</b>	UNIÓN LIBRE	<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR	
<b>Dirección:</b>	CR 92 N 92 2	<b>EPS:</b>	SURA	
<b>Escolaridad:</b>	BACHILLERATO	<b>ARL:</b>	NO REPORTA	
<b>Empresa:</b>	TRANSPORTES SUPERIOR S.A.S	<b>AFP:</b>	NO REPORTA	

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>PSICOMETRICO (PSICOTERAPIA INDIVIDUAL)</b>	Ubicado de forma correcta en tiempo, espacio y realidad; se visualiza con recuerdos claros y estables sobre su vida personal y laboral, resalta una comunicación fluida y coherente, no se visualizan rasgos de alguna patología mental existente, ni manifestaciones físicas evidentes de alguna alteración neuronal o cognitiva. Niega haber estado en terapias psicológicas o psiquiátricas, niega operaciones cerebrales o de órganos vitales, niega uso de medicamentos. Sus movimientos son normales y coordinados, usuario desea a futuro le gustaria un carro laboral, ojala tripo camion, LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR EL CANDIDATO EN LAS PRUEBAS PSICOSENSOMÉTRICAS SON POSITIVOS PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR.
<b>AUDIOMETRIA</b>	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
<b>OPTOMETRIA</b>	ALTERACION VISUAL SIN CORRECCION, SE RECOMIENDA CONSULTA EN EPS Y MANEJO. DEBE USAR LENTES PERMANENTES
<b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>	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. - ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (HOMBRO , CODO , MUÑECA , ZONA LUMBAR , RODILLA ) QUE PUEDAN PRODUCIR ALTERACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, CONTROL POR PROGRAMA DE CRONICOS EN LA EPS.

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**EXAMEN LABORAL DE INGRESO SIN RESTRICCIONES**  
**PUED E DESEMPEÑAR CARGO COMO CONDUCTOR SEGUN RESOLUCION 0217/14 MIN TRANSPORTE**

Observaciones:

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: - Cumple con parametros de aptitud física , 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 (descanse un poco y reinicie 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 escalas, 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)**

ENDOCRINOLOGICO

POR ALTERACION CRONICA CONOCIDA , SE RECOMIENDA INGRESAR A PROGRAMA PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL

PPyP

## Información de Remisiones

NO

'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 índole, 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'

*Luis de Oro Saumeth*  
Médico Esp. SST.  
Reg. 2018060031134



*Willinton de Jesús Toro Osorio*

LUIS EDUARDO DE ORO SAUMETH  
Médico Especialista en Salud Laboral

WILLINTON DE JESUS TORO OSORIO  
Firma y cédula del Paciente 8127422

2018060031134