

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA MENTAL Y DE COORDINACIÓN
MOTRIZSegún lo establecido por la Resolución 000217 de 2014, expedida por el Ministerio de Transporte
ORGANISMO CERTIFICADOR: VITALTEST IPS GIRON SAS NIT: 900669739 - 0
CENTRO DE EVALUACIÓN: VITALTEST IPS GIRON

Dirección:	Cra 24 # 29 08 Brr Centro , Girón, Santander
Teléfono:	6461678
Habilitación Ministerio Transporte:	0003568
Sec. Salud - Registro Habilitación:	683070488001
Acreditación:	14CEP047

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA

		<p>Nombres: CARLOS ALBERTO Apellidos: PLATA JIMENEZ Tipo Identificación: CC Nº Identificación: 91272498 Grupo Sanguíneo y RH: O + Fecha de Nacimiento: 1970/07/26 Edad: 53 Sexo: M Estado Civil: Soltero/a Nivel Educativo: Bachillerato</p> <p>Ocupación: CONDUCTORES DE CAMIONETAS Y VEHÍCULOS LIVIANOS EPS: SANITAS S.A. EPS Regimen de Afiliación: Contributivo Dirección: Carrera 46#65-33 Teléfono: 3112508669 Ciudad Residencia: Bucaramanga Número de Factura: 31529 Fecha de Impresión: 16/12/2023 11:22:35</p>			
Contacto caso de emergencia y/o acompañante:		Alvaro Plata Castillo			
Teléfono (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):		3022246642			
Parentesco (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):		Padre			
Fecha inicio vigencia:		16/12/2023 8:58:24			
Fecha vencimiento:		13/06/2024 8:58:24			
Nº de Reconocimiento:		44180			
Trámite	Categoría	Grupo	Concepto	Nº Resultado	Nº certificado RUNT
Refrendación	C2	Grupo 2	APTO	A-0083-000050702	34381914

CERTIFICA QUE:

Teniendo en cuenta que el usuario identificado en este documento, solicita ser evaluado de su aptitud medica para conducir de conformidad a lo establecido en la Resolución 0217 de 2014 anexo I, la Resolución 20223040030355 de 2022, Resolución 5228 del 2016 (Ministerio de Transporte) y la NTC ISO/IEC 17024 de 2012 - Por lo que certificamos los resultados obtenidos así:

Concepto de Optometría	Nombre	R.M:	Huella	Firma
Candidato apto , cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales 1.1 al 1.7.	ANGELICA ARAQUE BAEZ	2379CTN P0		21/09/2023_13:44:08 
Concepto de Fonoaudiología	Nombre	R.M:	Huella	Firma
Candidato apto , cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numeral 2.1. y/o la resolución 20223040030355 de 2022.	TATIANA BELTRAN SANTOS	02331		05/10/2023_12:08:29 
Concepto de Psicología	Nombre	R.M:	Huella	Firma
Candidato apto , cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales del 10 al 13.	ERICK ROA MIRANDA	117171		21/09/2023_13:44:32 
Concepto de Medicina General	Nombre	R.M:	Huella	Firma
Candidato apto con restricciones , cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I.	WILSON BUENAVER MERCHAN	10942730 23		21/09/2023_13:10:51 

Concepto Final	Trámite - Categoría
Cumple con los criterios de aprobación de la resolución 0217 de 2014 anexo I	Refrendación C2

(Código) Restricciones - Observación

Observaciones / Vigencia

Limitaciones físicas progresivas

Fecha Vigencia

		Firma Usuario Certificado Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial médico o diagnóstico clínico, corresponden estrictamente a la verdad
Firma Profesional Certificador BRIGITTE ACEVEDO RM: 124755 Declaro bajo la gravedad de juramento que el dictamen se ajusta a la realidad médica del usuario.	 21/09/2023_12:59:50 Huella Profesional	

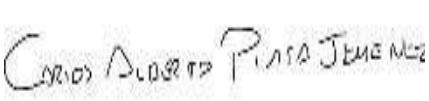
Vigencia del Certificado: este certificado tiene vigencia de seis(6) meses según lo establecido en la resolución 1298 de 2018 del Ministerio de Transporte

Conforme a ley se da cumplimiento a la ley 527 acorde a la resolución 3100 Numeral 11.1.6 Estándares de Historia Clínica y Registros.



Nº 77,238

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
11 DÍA	03 MES	2023 AÑO	BUCHARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)				
				Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTE ESPECIAL GLOBAL AP S.A.S				TRANSPORTE ESPECIAL GLOBAL AP 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 Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
PLATA JIMENEZ CARLOS ALBERTO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	52 AÑOS 7 MESES 14 DÍAS	CC	91272498
				Apellidos y Nombres		Peso: 121.90 kg	Tipo
		Talla: 171 cm	IMC:	41.69 - OBESIDAD GRADO III			
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES							
Observaciones: NO APLICA							
N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)						
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	VIGENCIA	RECOMENDACIONES			
NO APLICA		NO APLICA	NO REFIERE	NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				 -----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL		INCLUIR EN ACTIVIDADES DE P Y P EN SALUD VISUAL			HABITOS SALUDABLES		
CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA EN SU EPS :		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO : OBESIDAD		
CONTROL ANUAL					HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES, SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO. ESTILO DE VIDA SALUDABLE, CONTROL DE PESO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, MANTENER BUENA HIGIENE POSTURAL, PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SEGÚN EL CRONOGRAMA DE LA EMPRESA. CUMPLIR CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA Y USAR ADECUADAMENTE TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS POR EL CARGO DE ACUERDO A LA MATRIZ DE PELIGROS.							
MEDIDAS PREVENTIVAS COVID 19: DISTANCIAMIENTO SOCIAL, LAVADO DE MANOS Y USO DE TAPABOCAS							
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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
							
Firma: _____				Firma: _____			
Nombre: CRUZ CAPACHO MONICA ANDREA				Nombre: PLATA JIMENEZ CARLOS ALBERTO			
							

R. M.: 681475-12

L.S.O.: 011130 - 03/06/2015

Código de Seguridad

CC: 91272498

Z99F1L77238

SEDE: PRINCIPAL CARRERA 29 #40-44