



BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S.

Para hacer del trabajo un acto digno

NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 3353055 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Fecha: sábado, 06 de agosto de 2022

Nombre: Jose Ancizar Marin Hernandez Identificación: C.C. 18.414.211 de MONTENEGRO
Fecha de Nacimiento: 29 de marzo de 1969 Sexo: M Edad: 53 Estado Civil: Casado (a)
Dirección: Casa 46 Barrio: Santa Isabel Ciudad: DOSQUEBRADAS
Teléfono: 3123020908 Proceso a Ejecutar: CONDUCTOR



EXÁMENES PRACTICADOS

VALORACION PSICOSENSOMETRICA: SI ☒ NO ☐ MARIHUANA Y COCAINA: SI ☒ NO ☐
VISIOMETRIA: SI ☒ NO ☐ AUDIOMETRIA: SI ☒ NO ☐
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: SI ☒ NO ☐

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Examen Ocupacional: Periódico Nombre: TRANSPORTES MULTIMODAL SAS NIT: 900.683.508-4
Dirección: Calle 48 D 67 a 30 . Teléfono: 3175007883 Area: TRANSPORTES MULTIMODAL SAS

RESULTADO DE LA VALORACIÓN MÉDICA - EXAMEN PERIÓDICO

Puede continuar su labor: SI: ☒ NO: ☐ Recomendación Específica: USO DE LENTES EN VISION PROXIMA
Se sugiere Reubicación Laboral: SI: ☐ NO: ☒ Motivo:

Diagnósticos / Observaciones:

Licencia de conduccion c2, del 13-12-2021, vigente sin restricciones
debe unirse al plan estrategico de seguridad vial de la empresa
se hace enfasis en sistemas osteomuscular y neurologico, sin evidencia de alteraciones
higiene postural , manejo adecuado de cargas
proteccion auditiva en areas de exposicion a ruido
uso adecuado de los elementos de proteccion personal
incentivar cambios saludables en estilo de vida
realizar visiometria y audiometria anual
dada su patologia de base, debe cumplir estrictamente las normas de bioseguridad, segun resolucion 1238 del ministerio de salud,
ante la pandemia del covid 19.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MÉDICAS

Remisión E.P.S.: CONTROL MEDICO Remisión A.R.L.: NO

Riesgos Ocupacionales:

Biomecánicos: Carga dinámica Físicos: Ruido

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA EVALUACIÓN

CHARLAS EDUCATIVAS

HIGIENE POSTURAL ☒ INDUCCIÓN ☒ ALTURAS ☐ EPP ☒ OTRAS

USO DE EPP

GUANTES ☐ MONOGAFAS ☐ CASCO ☐ TAPA OIDOS ☐ TAPA BOCAS ☒ OTRAS

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS: ☒ PAUSAS ACTIVAS: ☒

CUMPLIR REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL: ☒

SOCIALIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO A LOS QUE ESTA EXPUESTO: ☒

USO DE FORMULA OPTICA: ☒

SVE: Auditivo ☐ Visual ☒ Ergonómico ☒ Cardiovascular ☐ Psicolaboral ☐

Otros SVE:

* El trabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo médico y recomendaciones médicas. La resolución 1918 de junio de 2009 del ministerio de protección social, también establece que la empresa solo puede conocer el certificado médico de ingreso del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo custodia y guarda, acorde con lo establecido en la resolución y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

** Declaro que toda la información para los registros en la historia clínica es fidedigna y que no he omitido ningún detalle sobre mi estado de salud, ha objeto de que puedan ser confirmada. He sido informado(a) a cerca de la naturaleza y los fines de los exámenes médicos ocupacionales y paraclínicos que la empresa contratante solicita. Autorizo que sean estos realizados por los médicos y profesionales de la IPS.



Dr(a). VICTOR HUGO MONRROY MURILLO

Licencia en Salud Ocupacional:

FIRMA TRABAJADOR EXAMINADO

Identificación: C.C. 18.414.211 de MONTENEGRO