



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

VIGILADO Supersalud



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Fecha: sábado, 06 de agosto de 2022

Nombre: Jose Ancizar Marin Hernandez
Fecha de Nacimiento: 29 de marzo de 1969
Dirección: Casa 46 Barrio: Santa Isabel Ciudad: DOSQUEBRADAS
Teléfono: 3123020908 Proceso a Ejecutar: CONDUCTOR

Identificación: C.C. 18.414.211 de MONTENEGRO
Sexo: M Edad: 53 Estado Civil: Casado (a)



EXÁMENES PRACTICADOS

VALORACION PSICOSENSOMETRICA: SI NO
VISIOMETRIA: SI NO
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: SI NO

MARIHUANA Y COCAINA:
AUDIOMETRIA:

SI NO
SI NO

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Exámen Ocupacional: Periódico Nombre: TRANSPORTES MULTIMODAL SAS NIT: 900.683.508-4
Dirección: Clle 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 conducción c2, del 13-12-2021, vigente sin restricciones
debe unirse al plan estratégico de seguridad vial de la empresa
se hace énfasis en sistemas osteomuscular y neuroológico, sin evidencia de alteraciones
higiene postural, manejo adecuado de cargas
protección auditiva en áreas de exposición a ruido
uso adecuado de los elementos de protección personal
incentivar cambios saludables en estilo de vida
realizar visiometría y audiometría anual
dada su patología de base, debe cumplir estrictamente las normas de bioseguridad, según resolución 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 OÍDOS TAPA BOCA OTRAS UNIFORME

CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS: PAUSAS ACTIVAS:

CUMPLIR REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL:

SOCIALIZACION DE LOS FACTORES DE RIESGO A LOS QUE ESTÁ EXPUESTO:

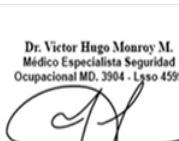
USO DE FORMULA OPTICA:

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 realizados por los médicos y profesionales de la IPS.



Dr(a). VICTOR HUGO MONROY MURILLO

Licencia en Salud Ocupacional: _____



FIRMA TRABAJADOR EXAMINADO

Identificación: C.C. 18.414.211 de MONTENEGRO _____