

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



**H&S**  
Occupational  
Health & Safety

H&S OCCUPATIONAL SAS  
NIT: 900625129-9



**CONDUCTOR DE VEHÍCULOS**  
Certificado de aptitud: 9103416-23648

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	25 feb. 2025 - CARTAGENA	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO
<b>Paciente:</b>	RICHARD RAFAEL YANCES GUETTE	<b>Identificación:</b>	9103416
<b>Género:</b>	MASCULINO <b>Edad:</b> 56	<b>Teléfono</b>	<b>Móvil:</b> 3143512204
<b>Fecha Nacimiento:</b>	7/06/1968	<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR
<b>Estado Civil:</b>	CASADO(A)	<b>EPS:</b>	SURAMERICANA.
<b>Dirección</b>	OLAYA SECTOR SAN ANTONIOI TV 61B #51 113	<b>ARL:</b>	NO REPORTA
<b>Escolaridad:</b>	TÉCNICO	<b>AFP:</b>	PROTECCION S.A.
<b>Empresa</b>	ANTONIO MENDOZA GARCIA		
<b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b>	ANTONIO MENDOZA GARCIA -	<b>AREA: No Reporta</b>	

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>PRUEBA PSICOSENSOMETRICA/PSICOMOTRIZ</b>	PRUEBA REALIZADA
<b>AUDIOMETRIA</b>	SE RECOMIENDA AUDIO CLINICA, PACIENTE REFIERE ZUMBIDOS EN AMBOS OIDOS, TOCA EXCEDER EL TONO DE LA VOZ PARA COMUNICARSE
<b>VISIOMETRIA</b>	USO DE EPP, CONTROL ANUAL
<b>EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR</b>	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, PACIENTE CON HALLAZGOS EN AUDIOMETRIA TAMIZ POR LO CUAL SE DA RECOMENDACION DE REALIZAR AUDIOMETRIA CLINICA. HACER SEGUIMIENTO DE CIFRAS TENSIONALES EN CASO DE EVIDENCIAR LAS MISMAS POR ENCIMA DE METAS (120/80) CONSIDERAR VALORACION POR MEDICINA GENERAL DE SU EPS. SE RECOMIENDA MEJORAR HABITOS DE VIDA EN RELACION A ALIMENTACION SALUDABLE DISMINUYENDO EL CONSUMO DE AZUCARES SIMPLES, ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS Y GRASAS TRANS, ASI COMO ACTIVIDAD FISICA REGULAR., USO DE PROTECCION AUDITIVA EN JORNADA LABORAL, PARA EXPOSICION A RUIDO SUPERIOR A 80 DB USAR PROTECCION AUDITIVA
<b>GLICEMIA</b>	PROCESADO
<b>PERFIL LIPIDICO</b>	PROCESADO

## CONCEPTO LABORAL

**CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL - PUEDE LABORAR EN EL CARGO TENIENDO EN CUENTA RECOMENDACIONES**

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

## Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

## Información de Remisiones

NO

Yo en calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria acepto y doy MI CONSENTIMIENTO para que el personal médico de H&S OCCUPATIONAL S.A.S., me realice el examen médico ocupacional y para que mis datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de H&S OCCUPATIONAL S.A.S. Además, certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Médico Especialista en Salud Laboral  
KAREN FORESTIERI PEREZ  
228 589



Firma y cédula del Paciente  
RICHARD RAFAEL YANCES GUETTE  
9103416

