


Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.

| | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|-------------------|---|
| Nombre de la Empresa | | Empresa en Misión | |  |
| PARTICULAR MEDICINA | | | | |
| NIT | Dirección Empresa | Teléfono Empresa | Ciudad | |
| 111111111 | NO APLICA | NO APLICA | Medellin | |
| INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR | | | | |
| Apellidos y Nombres | | Documento de Identidad | Edad | Género |
| JARAMILLO CRIOLLO JOSE GUILLERMO | | CC 16268346 | 61 Años | M |
| Lugar de Nacimiento | | Lugar de Residencia | Estado Civil | |
| EL TAMBO | | ciudad | SOLTERO | |
| Teléfono Fijo | | Dirección | Celular | |
| 3113002484 | | CARRERA 102#21-32 | 3113002484 | |
| Correo Electrónico | | Grado de Escolaridad | Hemoclasificación | |
| ALAMDEIVI@GMAIL.COM | | BACHILLER | O + | |
| IMC | | Hijos | EPS | |
| 30.48 | | 3 | NO REFIERE | |
| VACUNACION COVID-19 | COVID-19 DOSIS | VACUNA | | VACUNA REFUERZO |
| SI | ESQUEMA COMPLETO CON REFUERZO | 1° MODERNA 2° MODERNA | | MODERNA |
| INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | | |
| Cargo | | Fecha | Hora Ingreso | Hora Inicio Atención |
| CONDUCTOR | | 2023-04-26 | 14:45:11 | 03:13:55 |
| Lugar de realización examen | CALI VERSALLES OMNISALUD | | | |
| EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL | | | | |
| Tipo de examen realizado | | | | |
| PREINGRESO | | | | |
| CONCEPTO | | TIPO DE RESTRICCIONES | | |
| CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO | | NO APLICA | | |
| MOTIVO | | CERTIFICADOS ADICIONALES | | |
| NO APLICA | | NINGUNO | | |
| AREA DE LAS RESTRICCIONES | | INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO | | |
| APTITUD DE TAREAS | | CARDIOVASCULAR | | |
| EXÁMENES COMPLEMENTARIOS | | | | |
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO: SE REALIZA | | | | |
| LABORATORIO CLINICO: (PRUEBA DE ALCOHOL EN ALIENTO) SE REALIZA | | | | |
| LABORATORIO CLINICO: (PRUEBA MULTIDROGAS DOS SUSTANCIAS) SE REALIZA | | | | |
| ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA | | | | |

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**MEDICAS PERSONALES**

Se informa asistir o continuar en controles preventivos por el medico Líder de su EPS de promoción y prevención de la salud con nutricionista por su índice masa corporal, se le recomienda seguir indicaciones bajar de peso y continuar hábitos de alimentación, realizar ejercicio como informa el médico tratante
Énfasis respiratorio Se realizó revisión del sistema Respiratorio mediante un interrogatorio a través del nexo epidemiológico y síntomas relacionados con Covid-19; Durante su evaluación médica ocupacional NO se evidencia patologías ni hallazgos o Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo

CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)

Ninguna

CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)

Se le informa y se le recomienda cumplir con todas las medidas de prevención contra contagio de Covid-19, según directriz de Minsalud como: distanciamiento social, lavado frecuente de manos, uso de tapabocas, evitar asistir a sitios concurridos y cuando este laborando seguir las indicaciones entregadas por el área de seguridad y salud en el trabajo, utilizar los EPP indicados y lo cuidados pertinentes en el área de trabajo. También se entregan signos de alarma, en caso de tener exposición o presentar síntomas relacionados con Covid-19, comunicarse o consultar a su EPS / secretaria seccional de salud, en las líneas habilitadas y entregadas por el Gobierno Nacional.

Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar

Se indica hábitos saludables de vida (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividades deportivas y controles preventivos con su médico.

OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)

Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , si va manejar cargas cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor.

OTRAS OBSERVACIONES

-CONTINUAR CONTROLES Y SEGUIMIENTO POR EPS POR PATOLOGÍA DE BASE -USO ESTRICTO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL -ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA DE TIPO CARDIOVASCULAR. -MANTENER BUENA HIGIENE POSTURAL -REALIZAR CAMBIOS DE POSTURA A NECESIDAD

OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)

ENFASIS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: Este examen Médico ocupacional se realiza en condiciones de reposo y está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares extremidades y columna, durante su evaluación no se evidenció patología o sintomatología de origen osteomuscular que pudieran genera limitaciones o riesgo para desempeñar sus funciones laborales

OBSERVACIÓN AREA DE VACUNACION

Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento cuenta con esquema de vacunación completo para prevención de infección por sars cov-2; debe seguir tomando las medidas preventivas; cumpliendo con las medidas generales de bioseguridad.

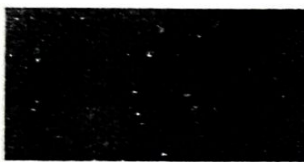
| | | |
|--|------------------------|--------|
| CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI | TIPO: 1 | GRUPO: |
| EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS | ENFASIS OSTEOMUSCULAR, | |
| INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO | CARDIOVASCULAR | |
| REMISION Y CONTROLES POR SU EPS | MEDICINA GENERAL | |
| | NUTRICIONISTA | |
| ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL | NO | |

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumplimiento el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumplimiento con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10), y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

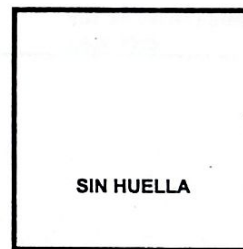
Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009, la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.



MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
JACKELINE ROCIO CASTAÑEDA
CC: 62548256 R.M. 12548256
L.C. B.O. 2416

CASTAÑEDA JACKELINE ROCIO
52548256
RM: 52548256 L.S.O. 2416
Firma y sello del médico evaluador

JOSE GUILLERMO JARAMILLO CRIOLLO
Documento: 16268346
Firma del trabajador



SIN HUELLA

La información incluida en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clínica ocupacional.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

| | | | |
|---------------------|--|---------|--------------------------|
| Nombres y Apellidos | JOSE GUILLERMO JARAMILLO CRIOLLO | Nro | 16268346 |
| Identificación | CC | Edad | 61 |
| Fecha de Nacimiento | 1962-03-19 | Empresa | PARTICULAR MEDICINA |
| Sexo | M | Sede | CALI VERSALLES OMNISALUD |
| Fecha cita | 2023-04-26 14:49:25 | | |
| Dirección | Avenida 5 Norte # 20-40 Barrio Versalles | | |

PRUEBA MULTIDROGAS DOS SUSTANCIAS

PRUEBA_MULTIDROGAS_DOS_SUSTANCIAS

| TITULO | RESULTADO | VALOR DE REFERENCIA |
|----------------------------------|-----------|---------------------|
| PRUEBA RÁPIDA DE MARIHUANA (THC) | NEGATIVA | |
| VALOR DE REFERENCIA | NEGATIVO | |
| PRUEBA RÁPIDA DE COCAINA (COC) | NEGATIVA | NEGATIVO |

PRUEBA DE ALCOHOL EN ALIENTO

ALCOHOL_EN_ALIENTO

| TITULO | RESULTADO | VALOR DE REFERENCIA |
|--------------------|-----------|---------------------|
| ALCOHOL EN ALIENTO | NEGATIVA | NEGATIVA |

MAIRA ALEJANDRA JULIO JIMENEZ
1148947197
Firma y sello del médico evaluador

CRC MEDIVALLE SAS

14-CEP-041 del 22/09/2014



VIGILADO
SuperTransporte



CERTIFICADO
NO. 2023-000114



NTC ISO IEC 17024:2013
14-CEP-041

Certificado de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 17494 | RUNT No: 30537824 | Fecha de Expedición: 10/01/2023 | Fecha de Vencimiento: 09/07/2023

CRC MEDIVALLE SAS

Dirección: Cr 31 #6 -11 P 2 - CALI

NIT: 9006951069 | Teléfono: 5143394

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 760010938801

Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 0003534-24/11/2014



Huella izquierda



Huella derecha



Información del Candidato

Nombre: JOSE GUILLERMO JARAMILLO CRIOLLO
Fecha de nacimiento: 19/03/1962
Documento: CC 16268346

Ocupación: Otros
Teléfono: 0

Dirección: CAR 4 B NORTE # 72-09
Gs/Rh: O+

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa CRC MEDIVALLE SAS propietaria del CRC MEDIVALLE SAS

Certifica Ante las Autoridades de Tránsito

Alcance Territorial

El definido por el Ministerio de Transporte y publicado en el Registro Único Nacional de Transporte -RUNT- en el campo de Información Certificados Médicos/Organismo de Tránsito.

1. Que el candidato solicitó ser evaluado y certificado conforme a nuestro esquema de certificación de la aptitud física, mental y coordinación motriz (desarrollado en apego a la Res. 0217:2014 del Ministerio de Transporte y sus anexos), bajo las siguientes características:

Alcance de Certificación

| Grupo de Categorías | Categoría | Servicio | Tipo de Trámite |
|---------------------|-----------|------------|-----------------|
| Grupo 1 | A2 | PARTICULAR | Refrendación |

2. Que basado en la información del "Informe de evaluación de la aptitud física, mental y coordinación motriz" se verificó si los resultados obtenidos por el candidato dan cumplimiento a los criterios de aprobación del esquema de certificación y se encuentran dentro de los parámetros y límites establecidos en el anexo 1 de la Res. 0217:2014.

3. Que conforme a lo anterior se concluye que el candidato posee la aptitud física, mental y de coordinación motriz que se requiere para conducir un vehículo en los siguientes términos:

Categoría: A2

Resultado de proceso de certificación: APROBADO

Atestación de certificación: APTO

Restricciones, limitaciones o adaptaciones: No tiene

4. Que según lo establecido en la misma resolución, se le practicaron los exámenes:

- Evaluación de Capacidad Visual, con resultado: APTO.
- Evaluación de Capacidad Auditiva, con resultado: APTO.
- Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz, con resultado: APTO.
- Evaluación de Capacidad Física General, con resultado: APTO.

Observaciones: - APTO. El candidato cumple con los requisitos exigidos en el Anexo 1 de la Resolución 0217 del 2014.

Certificador: N° de tarjeta profesional:
ANDRES FELIPE MUÑOZ VILLATE 128920

Firma y Huella del Certificador



Huella

Firma del evaluado

SISEC OLIMPIA

"Declaro bajo la gravedad de juramento, que he participado en todo el proceso de certificación de conductores y 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 apegados a la verdad. Declaro que he recibido a conformidad el Certificado expedido por el Centro de Reconocimiento de Conductores y que no presentaré declaraciones relativas a la certificación diferentes del alcance para el cual se otorgó la certificación."

Vigencia del Certificado: 180 Días Calendario