

Concepto de Aptitud Laboral



IDENTIFICACION: CC 9874957	NOMBRE COMPLETO: JULIAN ALBERTO ZAPATA OROZCO	
EDAD: 42 años 3 meses 30 días	TELÉFONO: 3219930086	
DIRECCIÓN: CALLE 47 A NRO 99- 10 BELMONTE		
ENTIDAD: ON TIME CAR S.A.S		ATENCIÓN: 2024-06-24

TIPO DE CITA: PERIODICO	OCCUPACIÓN: CONDUCTOR
----------------------------	--------------------------

CONCEPTO MÉDICO PERIÓDICO

NO PRESENTA ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO

RESTRICCIONES / LIMITACIONES

Ninguna

EXÁMENES PRACTICADOS

VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR	2024-06-24
AUDIOMETRIA CLINICA	2024-06-24
OPTOMETRIA	2024-06-24
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	2024-06-25
PSA 5	2024-06-24

RECOMENDACIONES GENERALES

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
CONTROL DE PESO
EJERCICIO REGULAR
DIETA BAJA EN GRASAS, HARINAS Y CARBOHIDRATO
RECOMENDACIONES MÉDICO-LABORALES
REALIZAR OPTOMETRIA PERIODICA EN 12 MESES
REALIZAR AUDIOMETRIA PERIODICA EN 12 MESES
RECOMENDACIONES LABORALES
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
EDUCACION EN HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS

OBSERVACIONES

Prueba psicosensométrica para conductores: las aptitudes perceptivo-motoras (estimación del movimiento, coordinación viso motora, tiempo de reacción múltiple e inteligencia práctica) indica que tiene las condiciones que se necesitan para una conducción segura.
--

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

YO JULIAN ALBERTO ZAPATA OROZCO CON IDENTIFICACIÓN NO CC 9874957. AUTORIZO AL PROFESIONAL ABAJO MENCIONADO, A QUE SE ME REALICE DE MANERA VOLUNTARIA EL EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL Y/O EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y DEJO CONSTANCIA QUE TUVE LA OPORTUNIDAD DE MANIFESTAR MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL Y/O EXÁMENES COMPLEMENTARIOS NECESARIOS Y REFERENCIADOS EN ESTE DOCUMENTO. COMPRENDO EL PROPÓSITO, LOS BENEFICIOS, LA INTERPRETACIÓN Y RIESGOS DEL EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL Y/O EXÁMENES COMPLEMENTARIOS, A PARTIR DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR EL PROFESIONAL ABAJO MENCIONADO. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES VERDADERA, COMPLETA Y ACEPTE EL MANEJO DE CONFIDENCIALIDAD QUE LA IPS SALUD LABORAL SAS DÉ A LA MISMA, AUTORIZO QUE LA INFORMACIÓN RECOPILADA EN LAS BASES DE DATOS PUEDE SER UTILIZADA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS EMPRESAS Y LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN CON FINES CIENTÍFICOS, (LEY 1581 DEL 2012). SUMINISTRÉ LA INFORMACIÓN NECESARIA A LAS PERSONAS O ENTIDADES CONTEMPLADAS EN LA LEGISLACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST).

EN CONCORDANCIA CON EL ARTÍCULO 22 ORDENAL B DEL DECRETO DE 1994, EL/LA ASPIRANTE O TRABAJADOR DECLARA QUE HA SUMINISTRADO LA INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA, SOBRE SU ESTADO DE SALUD.

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA DE ACUERDO A LAS GUIAS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (GATISST) DEL MINISTERIO DEL TRABAJO.

Jose Abraham Gutierrez Bedoya

Reg. Med. LPSSO 0242-12 | Médico Especialista en Salud Ocupacional

JULIAN ALBERTO ZAPATA OROZCO

CC 9874957

CERTIFICAMOS PEREIRA SAS

15-CEP-016 del 05/10/2015

CERTIFICADO
NO. 2022-008219NTC ISO-IEC 17024:2013
15-CEP-016**Certificado de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz**

Examen No: 36995 | RUNT No: 29948052 | Fecha de Expedición: 26/10/2022 | Fecha de Vencimiento: 24/04/2023

CRC CERTIFICAMOS PEREIRADirección: CL 18 # 12 - 33 - PEREIRA
NIT: 9007905810 | Teléfono: 3357562

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 660010204601

Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 0005814 - 18/12/2015



Huella izquierda

Huella derecha

Información del CandidatoNombre: JULIAN ALBERTO ZAPATA OROZCO
Fecha de nacimiento: 26/02/1982
Documento: CC 9874957Ocupación: Conductor/Transporte
Teléfono: 0Dirección: CLL 47 NO. A NO. 29 - 10
Ge/Rh: A+

El suscripto Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa CERTIFICAMOS PEREIRA SAS propietaria del CRC CERTIFICAMOS PEREIRA

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 2	C1	PUBLICO	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: C1**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: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo 1 de la resolución 0217 de 2014, sin restricción, en el sistema renal y nervioso no presenta nefropatía ni neuropatía

Firma del evaluado

Certificador:
JULIAN MAURICIO ARIAS ANTE N° de tarjeta profesional:
129807

Firma y Huella del Certificador

Firma

Huella

"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 en apego 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