

Certificado de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 85351 | RUNT No: 29305860 | Fecha de Expedición: 19/07/2022 | Fecha de Vencimiento: 15/01/2023

CRC APTO CARTAGENA SAS

Dirección: Cr 81B-N24-246 - CARTAGENA

NIT: 9005319428 | Teléfono: 6617446

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 130010256601

Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 0000584 12/03/2014



Huella izquierda



Huella derecha



Información del Candidato

Nombre: SAUL MARRUGO PINCON
Fecha de nacimiento: 02/06/1960
Documento: CC 73087500

Ocupación: Otros
Teléfono: 0

Dirección: GLAYA
Gs/Rh: O+

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES APTO SAS propietaria del CRC APTO CARTAGENA 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 2	C2	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: C2

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 del 2014.

Certificador: KAREN MARGARITA QUINTANA JIMENEZ
N° de tarjeta profesional: 145974

Firma y Huella del Certificador

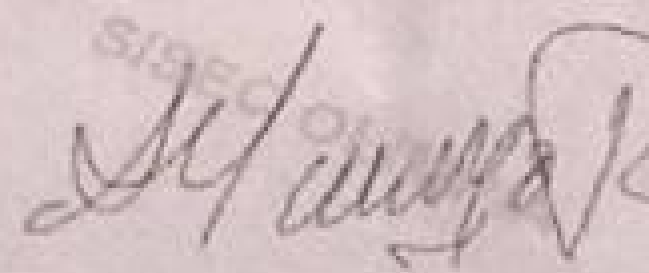


Firma



Huella

Firma del evaluado



"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 apegos 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



Gestión Médica
Laboral S.A.S

GESTION MEDICA LABORAL S.A.S.
NIT. 900.536.238-1

Centro comercial Getsemani local 29C - 02.
Cel. 3126231896 - Tel. 6607654 - E-mail: admon@gestionmedicallaboral.com



N° 3.739

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
29 DÍA	09 MES	2021 AÑO	CARTAGENA (BOLIVAR, COLOMBIA)		EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PARTICULARES			PARTICULARES		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TL Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
MARRUGO RINCON SAUL		Genero	Edad	Documento de identificación	
Apellidos y Nombres		MASCULINO	61 AÑOS 3 MESES 27 DÍAS	CC	73087500
				Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO					
Observaciones: <i>NO APLICA</i>					
N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR		<input checked="" type="checkbox"/>	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : NUTRICION EN EPS, CIRUGIA GENERAL PARA MANEJO DE DEFECTO HERNIARIO		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		SVE CARDIOVASCULAR		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
		CAPACITACIÓN		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				HACER DEPORTE	
				DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS	
				NO FUMAR	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
PACIENTE CON OBSEIDAD GRADO I, CON DEFECTO HERNIARIO A NIVEL DE CICATRIZ UMBILICAL, SIN OTRAS ALTERACIONES EVIDENCIADAS EN EL EXAMEN FISICO QUE LIMITEN SU PLENO DESARROLLO LABORAL, SE REALIZA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANTENIMIENTO DE BUENA HIGIENE POSTURAL Y REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, ALIMENTACION BALANCEADA, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DE IMPACTO CARDIOVASCULAR POR LO MENOS 200 MINUTOS POR SEMANA, NO CONSUMO DE TABACO, NO CONSUMO DE ALCOHOL, CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CASRDIOVASCULAR, ASISTENCIA A JORNADAS DE INDUCCION Y REINDUCCION AL CARGO ORGANIZADAS POR LA EMPRESA Y OTRAS CAPACITACIONES INDICADAS POR EMPRESA O ARL					
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					