

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ

Según lo establecido por la Resolución 000217 de 2014, expedida por el Ministerio de Transporte

ORGANISMO CERTIFICADOR: CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE

CONDUCTORES DE COLOMBIA 2 SAS NIT: 901007076 - 1

 CENTRO DE EVALUACIÓN: CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES
 DE COLOMBIA 2 SAS

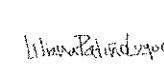
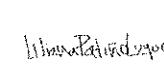
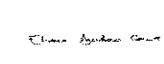
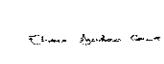
Dirección:	Cl. 19b Sur #16-43 , Bogotá, D.C., Bogotá
Teléfono:	6017043239
Habilitación Ministerio Transporte:	000
Sec. Salud - Registro Habilitación:	000
Acreditación:	18CEP018

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA

 04/03/2025 7:56:08			Nombres:	EFRAIN	
			Apellidos:	QUINTERO TOVAR	
P (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):			Tipo Identificación:	CC	
			Nº Identificación:	19236342	
P (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):			Grupo Sanguíneo y RH:	O+	
			Fecha de Nacimiento:	1953/09/27	
P (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):			Edad:	71	
			Sexo:	M	
P (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):			Estado Civil:	Unión libre	
			Nivel Educativo:	Bachillerato	
P (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):			Ocupación:	CONDUCTORES DE BUSES MICROBUSES Y TRANVIAS	
			EPS:	COMPENSAR	
P (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):			Regimen de Afiliación:	Contributivo	
			Dirección:	cra 9 este 463	
P (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):			Teléfono:	2801937	
			Ciudad Residencia:	Bogotá, D.C.	
P (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):			Número de Factura:	7392	
			Fecha de Impresión:	01/04/2025 11:17:11	
Trámite	Categoría	Grupo	Concepto	Nº Resultado	Nº certificado RUNT
Refrendación	C2	Grupo 2	APTO	A-0390-000008188	47891763

CERTIFICA QUE:

Teniendo en cuenta que el usuario identificado en este documento, solicita ser evaluado de su aptitud médica para conducir de conformidad a lo establecido en la Resolución 0217 de 2014 anexo I, la Resolución 20223040030355 de 2022, Resolución 5228 del 2016 (Ministerio de Transporte) y la NTC ISO/IEC 17024 de 2012 - Por lo que certificamos los resultados obtenidos así:

Concepto de Optometría	Nombre	R.M:	Huella	Firma
Candidato apto con restricción (gafas y/o lentes de contacto), cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales 1.1 al 1.7.	ANGELA ZEA POVEDA	3799	N.A. 03/10/2024_6_42:02	
Concepto de Fonoaudiología	Nombre	R.M:	Huella	Firma
Candidato apto, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numeral 2.1. y/o la resolución 20223040030355 de 2022.	LILIANA PATIÑO LUQUE	10986233 09	 16/05/2024_16:31:45	
Concepto de Psicología	Nombre	R.M:	Huella	Firma
Candidato apto, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales del 10 al 13.	ELIANA AGUDELO GARCIA	256761	 07/06/2024_17:55:25	
Concepto de Medicina General	Nombre	R.M:	Huella	Firma
Candidato apto, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I.	GILBERTO GOMEZ APARICIO	19101621	N.A. 05/09/2024_8_37:24	

Concepto Final	Trámite - Categoría
Cumple con los criterios de aprobación de la resolución 0217 de 2014 anexo I	Refrendación C2

(Código) Restricciones - Observación

(1) Conducir con lentes

Observaciones / Vigencia

Limitaciones físicas progresivas	Fecha Vigencia
----------------------------------	----------------

 Firma Profesional Certificador LUIS RODRIGUEZ RM: 148149 Declaro bajo la gravedad de juramento que el dictamen se ajusta a la realidad médica del usuario.	 18/11/2024_8:50:35 Huella Profesional	Firma Usuario Certificado Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial médico o diagnóstico clínico, corresponden extrícticamente a la verdad
---	---	---

Vigencia del Certificado: este certificado tiene vigencia de seis(6) meses según lo establecido en la resolución 1298 de 2018 del Ministerio de Transporte
--

Conforme a ley se da cumplimiento a la ley 527 acorde a la resolución 3100 Numeral 11.1.6 Estándares de Historia Clínica y Registros.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES IPS

NIT: 900101623-7

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR - CONDUCTOR Y/O MOTORIZADO

Certificado de aptitud: 19236342-62214

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 30 ago. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: EFRAIN QUINTERO TOVAR
Género MASCULINO **Edad:** 70
Fecha Nacimiento: 27/09/1953
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección CARRERA 9 ESTE # 4 63
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa GLOBAL SERVICE LOGISTICS S.A.S

Misión/Contrato/ GLOBAL SERVICE LOGISTICS S.A.S
Centro de Costo:

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 19236342
Teléfono Móvil: 3204089522
Cargo: CONDUCTOR (A)
EPS: COMPENSAR
ARL: SURA
AFP:

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO E HIGIENE BILATERAL 3. CONDUCIR CON VENTANA CERRADA O A LA ALTURA DEL OIDO
VIOSIMETRIA	1. APLAZADO HASTA TRAER CERTIFICADO CON: NOMBRE COMPLETO DE LA PROFESIONAL, FIRMA Y SELLO ORIGINAL QUE INCLUYA: AGUDEZA VISUAL CON Y SIN CORRECCION, FORMULACION FINAL Y DIAGNOSTICO- TIEMPO NO MAYOR A 10 DIAS A ESTE EXAMEN
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	1. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. 2. PAUSAS ACTIVAS 3. HIGIENE POSTURAL. 4. REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA 5. DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS 6. USAR CORRECCION VISUAL PERMANENTE 7. REQUIERE VALORACION POR OPTOMETRIA Y FORMULACION DE GAFAS CORRECTIVAS (TRABAJADOR CON ALTERACION VISUAL BASTANTE ALTA)
GLICEMIA	Con Alteración
PSICOSENSOMETRICO	NO APTO PARA C2 APTO UNICAMENTE VEHICULOS GRUPO 1 B1 RESTRICCIÓN 99 No exceder velocidad maxima permitida segun resol 0217 del 2014

CONCEPTO LABORAL

APLAZADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR

Observaciones: EL TRABAJADOR TIENE 10 DÍAS HÁBILES PARA TRAER LAS GAFAS CON FORMULA Y REALIZAR EL TANIZAJE VISUAL PARA QUITAR APLAZAMIENTO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)		
NUTRICIÓN	-	PPyP
ERGONÓMICO	-	PPyP
CONSERVACION VISUAL	-	PPyP

Información de Remisiones

NUTRICION	-
OPTOMETRÍA	-

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes para clínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ingresar, seguir (periódico) o de egreso de su respectiva empresa. Con las pruebas a realizar se va a conocer el estado de salud físico y mental en que me encuentro. A la fecha como mayor de edad, con nombre e identificado como aparece en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, sin presiones de ninguna índole y en pleno conocimiento, declaro que si deseo recibir la naturaleza de los exámenes y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias prestados por ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anterior autorizo a ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA para realizar los exámenes clínicos solicitados por mi empleador y autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud entregados en físico o digitales a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido oportunidad de preguntar y resolver inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de los exámenes.

AUTORIZACION DE DATOS PERSONALES: Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA de lo siguiente:

1. ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA actuará como responsable del tratamiento de datos personales de las cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de la IPS.

2. Es de carácter facultativo responder preguntas que traten sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.

3. Mis derechos como titular de los datos son previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

4. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos por el centro médico y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la IPS.

5. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico gerencia@alianzaexamenes.com. La IPS garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservan el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA para tratar mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la compañía y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de la IPS. La información obtenida para el Tratamiento de mis Datos Personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.



Dr. David Calle
MÉDICO EXP. EN MEDICO OCUPACIONAL
C.C. BOLIVARIANO: R.M. 190 07/02/2022
Doc. Salud. Ofrec. RES. 3757 del 30/03/2016

Médico Especialista en Salud Laboral
JUAN DAVID CALLE CARDOZO
3757 119007



Firma y cédula del Paciente
EFRAIN QUINTERO TOVAR
19236342