

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



IPS CORRIENTE VITAL CONSULTORES SAS

NIT: 900520548-1

LSO 60004127



EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 1020420005-135363

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 04 jun. 2025 - LA CEJA
Paciente: PEDRO ALEXANDER CARO MUÑOZ
Género MASCULINO **Edad:** 19
Fecha Nacimiento: 30/01/2006
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CLL 13A SUR 53B-198
Escolaridad: PRIMARIA
Empresa PARTICULAR

Misión/Contrato/ SERVICIOS VIP TRANSPORTES SAS
Centro de Costo:

Tipo de Examen: INGRESO CONDUCTOR
Identificación: 1020420005
Teléfono 3235850235 **Móvil:** 3235850235
Cargo: CONDUCTOR (A)
EPS: NO REPORTA
ARL: NO REPORTA
AFP: NO REPORTA

AREA: OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA PARA CONDUCTORES	PEDRO ALEXANDER CUMPLE CON PARÁMETROS DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y COORDINACIÓN MOTRIZ PARA LABORES DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL. EXCELENTE SEGUIMIENTO Y EJECUCIÓN DE INSTRUCCIONES, SE EVIDENCIA PROCESOS ATENCIONALES FIJOS A ESTÍMULOS NUEVOS CON RÁPIDA RESPUESTA, REACCIÓN AL FRENO APROPIADA; ADEMÁS SE EVIDENCIA UNA BUENA COORDINACIÓN VISO MOTRIZ, ACOMPAÑADA DE CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN VIAL ACORDE A LOS RANGOS DE NORMALIDAD DE LA PRUEBA PSICOSENSOMETRICA.
AUDIOMETRÍA TAMIZ	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRÍA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, DIETA Y EJERCICIO, REALIZAR PAUSAS SALUDABLES QUE ESTABLEZCA LA EMPRESA, UTILIZAR LOS EPP SUMINISTRADOS PARA LA LABOR. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
GLICEMIA	PRUEBA REALIZADA
PERFIL LIPÍDICO	PRUEBA REALIZADA
PRUEBA DE DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS X 2 (COC,THC)	PRUEBA REALIZADA

CONCEPTO LABORAL

EXAMEN DE INGRESO SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES PARA EL CARGO. SIN SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A COVID-19. APTO PARA REALIZAR LABORES DE CONDUCCIÓN.

Observaciones: SIN ALTERACIONES AL EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR, VISIOMETRIA NORMAL *****AUDIOMETRIA NORMAL, GLICEMIA NORMAL, GLICEMIA NORMAL, PSICOSENSOMETRICO SIN ALTERACIONES, PERFIL LIPIDICO NORMAL, *****SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NEGATIVAS*****

*RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: - MANTENERSE ALERTA Y MIRAR SIEMPRE AL FRENTE.

- REVISAR LAS CONDICIONES Y NIVELES DEL VEHÍCULO ANTES DE INICIAR A LABORAR.

- TENER EN CUENTA LAS CONDICIONES LAS CONDICIONES CLIMATICAS Y DE LA CARRETERA.

- RESPETAR LAS NORMAS DE TRÁNSITO REGLAMENTARIAS Y MANTENER LA DOCUMENTACIÓN DEL VEHÍCULO Y PERSONAL EN REGLA.

- SI REQUIERE USO DE LENTES PARA LABORAR, ES OBLIGATORIA SU UTILIZACIÓN.'

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

NO

Información de Remisiones

NO

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba 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 ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.'

Jesús Pérez

Médico Especialista en Salud Laboral
LUIS MIGUEL PEREZ ORTEGA
LSO 3943/22 RM 083909



Alexander

Firma y cédula del Paciente
PEDRO ALEXANDER CARO MUÑOZ
1020420005