



Código de Seguridad
I1070032U1528



DATOS PERSONALES

Laboratorio N°: 1.528

Municipio: SABANETA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Fecha y Hora: miércoles, 4 de diciembre de 2024 09:09:24 a.m.

Nombres y Apellidos: MOLINA HUGO ALEXANDER CC: 98479678 Género: MASCULINO

F. Nacimiento: 05/05/1972 Edad: 52 AÑOS 7 MESES 0 DÍAS Entidad: TRANSPORTE GLOBAL ANTIOQUIA S.A.S.

RESULTADOS DEL LABORATORIO

INMUNOLOGÍA

TOXICOLOGICO II PARAMETROS

ANALISIS: CANNABINOIDES - COCAINA

RESULTADO:

Prueba de Cannabinoides en orina: **NEGATIVO**

Prueba de Cocaína en orina: **NEGATIVO**

Técnica: Inmuno ensayo cromatográfico

ALEJANDRO SIERRA ARANGO

Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

Resolución S 2016060090095

C.C 71.685.889 R.M 0020-96

REVISO

Mariana Monsalve Mazo
Bacteriólogo(a) RP: 1831

Mariana MM

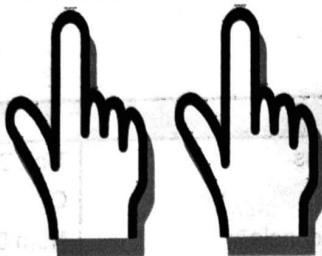
Registro IPS No.052681310001

RESOLUCIÓN DE MINTRANSPORTE No. 0000582 de 12 /03/ 2014

| | | | |
|---------------------|----------------------------------|-------------------|-----------|
| Informe No. 15763-A | Certificación No. 04122024-16590 | No. RUNT 00000001 | 4/12/2024 |
|---------------------|----------------------------------|-------------------|-----------|



4/12/2024 09:05:52



Izquierdo

Derecho

Cédula de Ciudadanía 98479878 Expedido en: AMAGA
MOLINA HUGO ALEXANDER
Sexo : Masculino
Fecha Nacimiento: 5/05/1972 (52 años) Lugar **MEDELLIN**
Escolaridad : Profesional
Ocupación : CONDUCTOR
Dirección : GR 48A N 89 56
Teléfono(s) : 3107318970 Móvil:
Ciudad : **MEDELLIN**
Vence : 1/02/2025

Teniendo en cuenta que el profesional certificador del CRC revisó los resultados obtenidos por el candidato identificado en este certificado el cual fue evaluado bajo los requisitos de la resolución 217 del 31 de enero de 2014 en su anexo I y la NTC-ISO/IEC 17024 de 2013 y obtuvo concepto aprobatorio en todas las evaluaciones emite el presente Certificado de Aptitud Física, Mental y de Coordinación Motriz bajo las siguientes condiciones:

| Categoría | Trámite | Restricciones | Estado |
|---------------------------------|-----------------------|---------------|--------|
| Exámenes der Organos y Sentidos | 20-Expedición Inicial | 01 | APTO |

| Prueba | Resultado | Observaciones |
|--|-----------|---|
| Test de Medicina General | Cumple | [2024-12-04 09:20:08, VELEZ BLAHA FABIO CRISTIAN] -> CUMPLE |
| Test de Psicología Tapsicon | Cumple | [2024-12-04 09:23:57, CASTAÑO CORTÉS ESTEFANÍA] -> USUARIO SIN ANTECEDENTES DE TRASTORNOS MENTALES Y DE CONSUMO DE SUSTANCIAS, CON ADECUADO DESARROLLO INTELECTUAL SE CONSIDERA APTO PARA CONDUCIR SEGÚN LA RESOLUCIÓN 0217 DE 2014. |
| Petrinovic Test de Velocidad de Anticipación | Cumple | [2024-12-04 09:27:58, CASTAÑO CORTÉS ESTEFANÍA] -> USUARIO QUE NO PRESENTA ALTERACIÓN EN SU CAPACIDAD DE PERCIBIR VELOCIDADES Y TRAYECTORIAS, CON BUENA CAPACIDAD DE AUTOCONTROL. SE CONSIDERA APTO PARA CONDUCIR SEGÚN LA RESOLUCIÓN 0217 DE 2014. |
| Petrinovic Test de Coordinación Bimanual | Cumple | [2024-12-04 09:28:18, CASTAÑO CORTÉS ESTEFANÍA] -> USUARIO QUE NO PRESENTA ALTERACIÓN EN SU CAPACIDAD DE COORDINACIÓN VISO-PERCEPTIVO-MOTRIZ DE AMBAS MANOS DE MANERA DISOCIADA. SE CONSIDERA APTO PARA CONDUCIR SEGÚN LA RESOLUCIÓN 0217 DE 2014. |
| Petrinovic Test de Reacción Simple | Cumple | [2024-12-04 09:28:32, CASTAÑO CORTÉS ESTEFANÍA] -> USUARIO QUE NO PRESENTA ALTERACIÓN EN SU CAPACIDAD DE DISCRIMINAR TIEMPOS DE VELOCIDAD DE REACCIÓN ANTE UN ESTÍMULO SIMPLE. SE CONSIDERA APTO PARA CONDUCIR SEGÚN LA RESOLUCIÓN 0217 DE 2014. |
| Petrinovic Test de Resistencia | Cumple | [2024-12-04 09:28:52, CASTAÑO CORTÉS ESTEFANÍA] -> USUARIO QUE NO PRESENTA DIFICULTAD EN SU CAPACIDAD DE CONCENTRACIÓN EN TRAYECTORIAS QUE SE PRESENTAN DE MANERA MONÓTONA Y REPETITIVA. SE CONSIDERA APTO PARA CONDUCIR SEGÚN LA RESOLUCIÓN 0217 DE 2014. |
| Test de Audición | Cumple | [2024-12-04 09:22:01, MORENO. KATERINE] -> APTO SIN RESTRICCION SEGUN RESOLUCION 30355 DEL 2022 |
| Test de Visión AGX1160 | Cumple | [2024-12-04 09:38:39, BEJARANO TORO ERIKA DANIELA] -> 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. |

Sin novedades

Profesional Certificador: MEDINA ARROYAVE KARLA

Karla M.A.

R.M. 05714815

Huella Certificador

Firma Evaluado:

Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información suministrada a los profesionales de la salud durante las evaluaciones visual, auditiva, psicológicas y médicas es cierta y veraz y asumo toda responsabilidad que se genere como consecuencia de dicha información, así mismo me comprometo a reportar cualquier reducción o cambio en las condiciones físicas, mentales y de coordinación motriz bajo las cuales se emitió este certificado.

Este certificado tiene vigencia de 60 días calendario, a partir de su fecha de expedición, según lo establecido en la resolución 217 del 31 de enero de 2014.



Ir al inicio

Fecha: 04/12/2024

Hora: 09:23:03

RESULTADO DEL CUESTIONARIO

| Datos del Usuario | | | |
|---|----------------|------------------|-----------------|
| Fecha | Nombres | Apellidos | Tipo Doc. |
| 2024-12-04 | Hugo Alexander | Molina | C |
| Edad | Género | Cat. Licencia | Num Doc. |
| 52 | Masculino | C2 | 98479678 |
| Detalles del cuestionario | | | |
| Bloque | Resultado | Num. Preguntas | |
| Trastornos amnesicos y otros trastornos congnotivos | 3 | 3 | |
| Control de impulsos | 3 | 3 | |
| Trastorno de personalidad | 3 | 3 | |
| Abuso de alcohol | 3 | 3 | |
| Dependencia del alcohol | 3 | 3 | |
| Esquizofrenia | 3 | 3 | |
| Trastornos inducidos por alcohol | 3 | 3 | |
| Consumo habitual de drogas y medicamentos | 3 | 3 | |
| Abuso de drogas o medicamentos | 3 | 3 | |
| Dependencia de drogas y medicamentos | 3 | 3 | |
| Trastornos inducidos por drogas o medicamentos | 3 | 3 | |
| 12. Información | 3 | 3 | |
| Trastornos por comportamiento perturbador | 3 | 3 | |
| Disociativa | 3 | 3 | |
| 15. Comprensión | 3 | 3 | |
| 16. Aritmética | 3 | 3 | |
| 17. Trastornos del sueño | 3 | 3 | |
| Semejanzas | 3 | 3 | |
| 20. Trastornos mentales debido a enfermedad médica | 3 | 3 | |
| Vocabulario | 3 | 3 | |
| Trastornos de estado de animo | 3 | 3 | |
| Area | Resultado | total Preguntas. | Calificacion. |
| Personalidad | 27 | 27 | Aprobado |
| Sustancias | 21 | 21 | Aprobado |
| Inteligencia | 15 | 15 | CI 97-125, Apto |
| Observaciones | | | |

Marla H.A.

Firma Med. Certificador

Estefania C.C.

Firma evaluador



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.607

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
|--|------------------|---|---------------------------------------|---|---------------------------|--|----------|
| 04 DÍA | 12 MES | 2024 AÑO | SABANETA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO - PSICOSENSOMETRICO - TOXICOLOGICO - VISIOMETRIA - AUDIOMETRIA - CURSO MANEJO DEFENSIVO | | | |
| | | | Ciudad | | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE | | | | | | | |
| TRANSPORTE GLOBAL ANTIOQUIA S.A.S. | | | | TRANSPORTE GLOBAL ANTIOQUIA S.A.S | | | |
| Nombre de la empresa | | | | Empresa en misión | | | |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte) | | | | | | | |
| MOLINA HUGO ALEXANDER | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | | | MASCULINO | 52 AÑOS 7 MESES 0 DÍAS | CC | 98479678 |
| Apellidos y Nombres | | | | | | Tipo | Número |
| Cargo CONDUCTOR | | | | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGIA NO RESTRICTIVA | | | | | | | |
| Observaciones: NO APLICA | | | | | | | |
| 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 CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE COLUMNA | | | | TOXICOLOGICO II PARAMETROS | | | |
| AUDIOMETRIA | | | | PSICOSENSOMETRICA | | | |
| VISIOMETRIA POR OPTOMETRA | | | | CURSO MANEJO DEFENSIVO | | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL : SEGÚN PRESCRIPCIÓN DEL OPTÓMETRA. | | | | USO DE EPP | | HÁBITOS SALUDABLES | |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | | | SVE VISUAL | | CONTROL DE PESO | |
| | | | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA | |
| | | | | | | HACER DEPORTE | |
| | | | | | | DIETA BALANCEADA | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| -EXAMEN OSTEOMUSCULAR- SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS -VISIOMETRIA- CON ALTERACIÓN EN VISIÓN LEJANA. -AUDIOMETRIA- NORMAL -PSICOSENSOMETRICO- APTO SEGÚN RESOLUCIÓN 0217/2014. -TOXICOLOGICO II PARAMETROS-(VER ANEXO) | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | |

Médico



Firma: _____

Nombre: VELEZ BLAHA FABIO CRISTIAN

R. M.: 5820-92

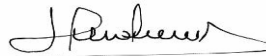
L.S.O.: 137-18



Código de Seguridad

R1070X1D11607

Aspirante o Trabajador



Firma: _____

Nombre: MOLINA HUGO ALEXANDER

CC: 98479678