

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CRC CERTIBELLO SAS
NIT: 900704411-0



CONDUCTOR
Certificado de aptitud: 70255065-18007

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	16/11/2023 - BELLO - ANTIOQUIA	Tipo de Examen:	EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO
Paciente:	WILFER AUGUSTO ALZATE ACEVEDO	Identificación:	70255065
Género:	MASCULINO	Edad:	51
Fecha Nacimiento:	8/3/1972	Teléfono:	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	Cargo:	CONDUCTOR
Dirección:	CR 71 B 80 21	EPS:	SURA
Escolaridad:	TÉCNICO	ARL:	SURA
Empresa:	TRANSPORTES SUPERIOR S.A.S	AFP:	COLPENSIONES
		Móvil:	3156501634

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOMETRICO (PSICOTERAPIA INDIVIDUAL)	Cumple con parámetros de aptitud física, mental y de coordinación motriz, para seguridad vial según resolución 0217/2014 de Min transporte. Realizar capacitación y entrenamiento de manejo defensivo y seguro, continuar con las actividades definidas para la empresa, para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y de seguridad vial.
AUDIOMETRIA	PTA EVIDENCIA AUDICION NORMAL BILATERAL CON DESCENSO DE LEVEA MODERADO EN AGUDOS AL MOMENTO DEL EXAMEN. 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
OPTOMETRIA	ALTERACIÓN VISUAL BIEN CORREGIDA, SE RECOMIENDA CONTROL ANUAL, DEBE USAR LENTES OPTALMICOS PERMANENTES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, SE RECOMIENDA TENER HABITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SST ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA, AVISAR A SU JEFE INMEDIATO EN CASO DE SUFRIR ACCIDENTE O INCIDENTE LABORAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICIÓN EN EPS.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN LABORAL DE INGRESO SIN RESTRICCIONES
PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO COMO CONDUCTOR SEGUN RESOLUCION 0217/14 MIN TRANSPORTE

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: - Cumple con parámetros de aptitud física, mental y de coordinación motriz para seguridad vial según resolución 0217/14 de min transporte.
- Capacitación y entrenamiento en manejo defensivo y seguro.
- Continuar con las actividades definidas por la empresa para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y de seguridad vial.
- Verificar el estado del vehículo antes de comenzar cobertura de rutas y de ser el caso, reportar inmediatamente el deterioro o el daño.
- Si va en vehículo de cuatro ruedas utilizar siempre el cinturón de seguridad.
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos en alturas.
- Utilizar las medidas de prevención y protección contra caídas.
- Uso adecuado de los elementos de protección personal y de enclaje.
- Antes de comenzar labores, verificar los implementos y equipos de seguridad y de protección personal que dispone para caídas, su capacidad de amortiguación y en especial, los pesos mínimos/máximos requeridos para su activación de acuerdo con lo definido por el fabricante.
- Cumplir siempre las normas de seguridad vial y respetar los límites de velocidad establecidos.
- No conducir si hay fatiga o somnolencia (descansar un poco y reiniciar labores).
- Conducir atento y no utilizar manos libres, el celular ni ningún tipo de equipo digital mientras conduce.
- Hacer estiramientos musculares antes/después de la jornada laboral.
- Realizar una marcha segura para los desplazamientos por escalas, pisos irregulares, zonas comunes, zonas públicas, etc.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)		
NUTRICIÓN	- Ingresar para control de peso y estimular hábitos de vida saludable	PPyP
Información de Remisiones		
NUTRICIÓN	- POR ALTERACION EN EL PESO, SE RECOMIENDA CONSULTAR EN EPS PARA VALORACION Y MANEJO	

En la fecha, yo, 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 conocimiento de mi estado de salud, declaro que Si he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que Si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Si autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y 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. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mí están completas y son verídicas. Firmo para constancia.