

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CRC CERTIBELLO SAS
NIT: 900704411-0



CONDUCTOR
Certificado de aptitud: 70320144-7753
INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	09/04/2022 - BELLO - ANTIOQUIA	Tipo de Examen:	EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO
Paciente:	CARLOS ALBERTO YEPES CADAVID	Identificación:	70320144
Género:	MASCULINO	Edad:	60
Fecha Nacimiento:	04/03/1956	Teléfono:	3148330544
Estado Civil:	CASADO	Móvil:	3148330544
Dirección:	CLL 4 B N° 16 B 26	Cargo:	CONDUCTOR
Educación:	PRIMARIA	EPS:	EPM
Empresa:	PARTICULAR	ARL:	NO REPORTA
		AFP:	COLPENSIONE

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOMETRICO (PSICOTERAPIA INDIVIDUAL)

Paciente ubicado de forma correcta en tiempo, espacio y realidad; se visualiza con recuerdos tanto claros y estables sobre sus ciclos de vida actuales, resalta una forma de comunicación fluida y coherente, no se evidencian rasgos visibles de alguna patología mental existente, ni manifestaciones físicas de alguna alteración neuronal o cognitiva. Niega haber estado en terapias psicológicas o psiquiátricas, niega operaciones cerebrales o de órganos vitales, Sus movimientos son normales y coordinados, usuario con pensamientos positivos hacia el futuro enfocados en seguir con la misma empresa y sacar la familia adelante, y viajar. Usuario realiza entrevista psicológica, test Tepsicon y pruebas psicosenso-métricas de forma adecuada obteniendo los siguientes resultados: SIN RESTRICCIONES PARA OCUPAR EL CARGO ATENCION CONCENTRADA/ REACCIONES MULTIPLES/ REACCION AL FRENADO/ ANTICIPACION DE VELOCIDAD/ COORDINACION BIMANUAL.

AUDIOMETRIA

PTA NORMAL SE RECOMIENDA: 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO

OPTOMETRIA

PTA NORMAL, SE RECOMIENDA CONTROL VISUAL ANUAL

MEDICINA OCUPACIONAL

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, SE RECOMIENDA TENER HABITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, USO ADECUADO DE EPP, CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SST ESTALECIDAS POR LA EMPRESA, AVISAR A SU JEFE INMEDIATO EN CASO DE SUFRIR ACCIDENTE O INCIDENTE LABORAL

TOXICOLOGICO MARIHUANA COCAINA

REALIZADO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN LABORAL DE INGRESO SIN RESTRICCIONES
PUUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO COMO CONDUCTOR SEGUN RESOLUCION 5228/18

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: - Cumple con parametros de aptitud fisica, mental y de coordinacion motriz para seguridad vial segun resolucion 5228 de mintransporte

- 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 anclaje
- 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 (descanse un poco y reinicie 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)

BIOLOGICO

- Se recomienda adoptar medidas por riesgo biologico emitidas por el ministerio de salud y proteccion social contra sar-cov2/covid 19 y el area de sst de la empresa, actualmente con esquema de vacunacion covid CON 3 DOSIS

Información de Remisiones

NO

'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.

Nota: Dando cumplimiento a las disposiciones legales, Ley 1581 de 2012 (protección de datos personales), Ley 1266 de 2008 (Habeas Data) y Ley 1273 de 2009 (Protección de la Información y de los datos), declaro en mi calidad de usuario de la IPS, que he sido informado y conozco de manera clara y expresa la finalidad con que se recopilan mis datos y autorizo expresamente a que la presente entidad conozca, actualice, corrija o suprima la información entregada, por lo que los datos recopilados serán tratados de manera confidencial y exclusivamente para los propósitos relacionados con los trámites y servicios que presta la entidad'

Luis de Oro Saumeth
Médico Esp. SST.
Reg. 2018060031134



[Handwritten signature]

CE 70.320.144

LUIS EDUARDO DE ORO SAUMETH

CARLOS ALBERTO YEPES CADAVID

70320144

Firma y cédula del Paciente

2018060031134

Médico Especialista en Salud Laboral