CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

CRC CERTIBELLO SAS
NIT: 900704411-0

CONDUCTOR
Certificado de aptitud: 98574472-15346

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	20/5/2023 - BELLO - ANTIOQUIA		**Tipo de Examen:**	EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO	
Paciente:	RAFAEL ANTONIO ZAPATA ARENAS		**Identificación:**	98574472	
Género	MASCULINO	**Edad:** 55	**Teléfono**	3137289070	**Móvil:** 3137289070
Fecha Nacimiento:	30/10/1967		**Cargo:**	CONDUCTOR	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**EPS:**	SURA	
Dirección	CLL 82C#51C-03 BARRIO MIRANDA		**ARL:**	NO REPORTA	
Escolaridad:	BACHILLERATO		**AFP:**	COLPENSIONES	
Empresa	TRANSPORTES SUPERIOR S.A.S				

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOMETRICO (PSICOTERAPIA INDIVIDUAL)	Ubicado de forma correcta en tiempo, espacio y realidad; se visualiza con recuerdos claros y estables sobre su vida personal y laboral, resalta una comunicación fluida y coherente, no se visualizan rasgos de alguna patología mental existente, ni manifestaciones físicas evidentes de alguna alteración neuronal o cognitiva. Niega haber estado en terapias psicológicas o psiquiátricas, niega operaciones cerebrales o de órganos vitales, niega uso de medicamentos. Sus movimientos son normales y coordinados, usuario desea a futuro seguir en le tema de la conduccion, seguir en lo mismo. LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR EL CANDIDATO EN LAS PRUEBAS PSICOSENSOMETRICAS SON POSITIVOS PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR.
AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
OPTOMETRIA	ALTERACION VISUAL BIEN CORREGIDA, SE RECOMIENDA CONTROL ANUAL. DEBE USAR LENTES PERMANENTES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, SE RECOMIENDA TENER HABIOS 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. - ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (HOMBRO , CODO , MUÑECA , ZONA LUMBAR , RODILLA) QUE PUEDAN PRODUCIR ALTERACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

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

Observaciones:

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: - Cumple con parametros de aptitud fisica , mental y de coordinacion motriz para seguridad vial segun resolucion 0217/14 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)

NO

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 í-ndole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clí-nicos y paraclí-nicos 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 clí-nicos y paraclí-nicos 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 mi están completas y son verí-dicas. 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

LUIS EDUARDO DE ORO SAUMETH

Médico Especialista en Salud Laboral

2018060031134

RAFAEL ANTONIO ZAPATA ARENAS 98574472

Firma y cédula del Paciente