

CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES GMG SAS

GMG SAS

NIT 900.655.090-9

Resolucion Min trasporte No. 1898 DEL 08 DE JULIO DE 2014

Resolucion onac 13-CEP-074

DIRECCION CALLE 23 No 15A 67

TEL 7436093

TUNJA - BOYACA

## CERTIFICADO DE APTITUD FISICA, MENTAL Y DE COORDINACION MOTRIZ

Fecha de Certificacion 2020-12-24 Fecha Vencimiento 2022-12-24

Tipo Documento CC

Identificacion 1057710487

Nombre persona certificada YEISON ARMANDO CORREDOR MORALES

Direccion Residencia ALAMEDA UNIVERSITARIA

Telefono: 0 - 3014572428

Grupo Sanguineo y RH O+

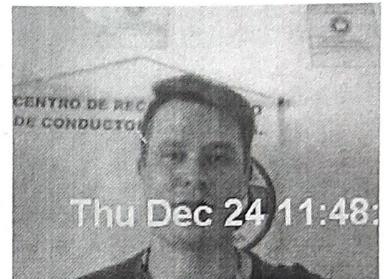
Categoría EXAMENES DE SALUD PRE:

Tramite : 20-Primera vez

Informe de Evaluacion No. 6023

Certificado No. 5938

Registro RUNT 1



El centro de Reconocimiento de Conductores habilitado por el Ministerio de Trasporte para la expedicion el certificado de aptitud fisica, mental y coordinacion motriz, Prestador de Servicios de Salud Autorizado

### CERTIFICA

Que la persona fue evaluada bajo la NTC-ISO/IEC 17024 de 2013 y bajo los parametros del anexo (1) de la Resolucion 0217 del 31 de enero de 2014 del Ministerio de Trasporte en las exploraciones:

- 1.CAPACIDAD VISUAL
- 2.CAPACIDAD AUDITIVA
- 3.SISTEMA LOCOMOTOR
- 4.SISTEMA CARDIOVASCULAR

- 5.TRANSTORNOS HEMATOLOGICOS
- 6.SISTEMA RENAL
- 7.SISTEMA RESPIRATORIO
- 8.ENFERMEDADES METABOLICAS Y ENDOCRINAS

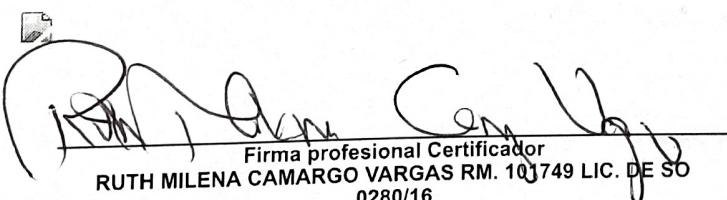
- 9.SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULAR
- 10.TRANSTORNOS MENTALES Y DE CONDUCTA
- 11.TRANSTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS
- 12.APTITUD PERCEPTIVO-MOTORA
- 13.OTRAS CAUSAS QUE ANTES NO SE ESPECIFICARON

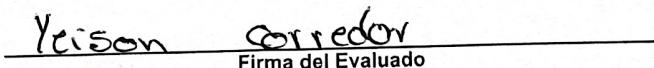
### APTO

PACIENTE APTO CON RECOMENDACIONES PARA LA LABOR EN EL CARGO A OCUPAR TRABAJADOR : SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y EN AUTOCUIDADO - HIGIENE POSTURAL - USO DE CORRECTOR DE POSTURA - EJERCICIO AEROBICO Y DE FORTALECIMIENTO DE MUSCULOS DE ESPALDA Y ABDOMEN - MANEJO SEGURO DE CARGAS ESTRICITO - RECOMENDACIONES NUTRICIONALES - USO DE PROTECCION OPTICA - MEDIDAS ANTIVARICE - USO DE BLOQUEADOR SOLAR FPS 50 - ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - PAUSAS ACTIVAS ENFASIS OSTEOMUSCULAR MANOS Y MIEMBROS SUPERIORES SEGUN INDICACION - SE EXPLICA AL PACIENTE - EMPRESA : PAUSAS ACTIVAS SEGUN INDICACION - HIGIENE POSTURAL - CONTROL ERGONOMICO DEL PUESTO DE TRABAJO - MEDIDAS ANTIVARICE - MANEJO SEGURO DE CARGAS ESTRICITO - EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO - SVE OSTEOMUSCULAR \*\*\*\*\* DEMAS INFORMACION CONSIGNADA EN HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL\*\*\*

Nota: La informacion contenida en el informe de evaluacion de los resultados de las trece (13) exploraciones soporta la presente decision de certificacion, siendo este documento entregado a solicitud de la persona certificada.

Evaluado: Declara que los resultados aqui consignados corresponden al momento de la evaluacion de aptitud fisica y de coordinacion motriz, y no exime a la persona certificada de la obligacion de informar AL CRC LA PERLA DE BOYACA SAS todo cambio de las condiciones fisicas, mentales y/o de coordinacion motriz que puedan afectar la capacidad de la persona certificada para continuar cumpliendo los requisitos de certificacion

  
Firma profesional Certificador  
RUTH MILENA CAMARGO VARGAS RM. 101749 LIC. DE SO  
0280/16

  
Firma del Evaluado

Declaro bajo la gravedad de juramento que he participado en todo el proceso de certificacion de conductores y que la informacion suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial medico o diagnostico clinico, corresponden estrechamente a la verdad.

Declaro que he recibido a conformidad el certificado expedido por el centro de reconocimiento de conductores y que no presentare declaraciones relativas a la certificacion diferentes del alcance para el cual se otorga la certificacion.

NOTA: Vigencia de 730 dias calendario para tramite ante el organismo de transito.



Indice izquierdo  
2020-12-24



Indice derecho  
2020-12-24

**CONSULTORIO ESPECIALIZADO EN SALUD LABORAL**  
**CALLE 23 N 15a - 67 TELEFONO : (8)7436093**  
**TUNJA - BOYACÁ**

**CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO**

Ciudad : TUNJA

Fecha del certificado: 24/10/2020.

Certificado para: Ingreso  Periódico  Retiro  Reintegro

**1. Datos de identificación del aspirante:**

Nombres: Yeison Armando Apellidos: Corredor Muro

Cédula de ciudadanía N°: 1057710487 de \_\_\_\_\_

Sexo: Femenino \_\_\_\_\_ Masculino ✓ Edad: 30 años

Cargo al que aspira / en el que se desempeña: Conductor Empresa: \_\_\_\_\_

**2. Concepto:**

El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a) ANGELA J. ALVAREZ P. médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en la casilla No. 1 es:

**INGRESO**

Apto <input checked="" type="checkbox"/>	Apto con restricciones que no interfieren con su trabajo normal <input type="checkbox"/>
Apto Respiratorio y dermatológicamente para manipulación de alimentos <input type="checkbox"/>	Apto para trabajo en alturas <input type="checkbox"/> Con restricción para trabajo en alturas <input type="checkbox"/>
Aplazado <input type="checkbox"/>	Apto condicionado <input type="checkbox"/> Con restricción para el cargo <input type="checkbox"/>
	Requiere Nueva Valoración <input type="checkbox"/> No Apto <input type="checkbox"/>

**PEDIODICOS**

Normal <input type="checkbox"/>	Con restricción temporal para trabajo en alturas <input type="checkbox"/>
Controles por EPS <input type="checkbox"/>	Controles por ARL <input type="checkbox"/>

**RETIRO**

Retiro Normal <input type="checkbox"/>	Retiro con Controles por EPS <input type="checkbox"/>	Retiro con Controles por ARL <input type="checkbox"/>
--	---	---

**3. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:**

Para el trabajador: Higiene postural, autocuidado, reposo según indicación, manejo seguro de Coiqs, medidas antivirales para ojos, uso de gafas, exámenes médicos ocupacionales periódicos, uso de lubricantes 50 gr.  
 Para el área de trabajo: medidas ergonómicas del puesto de trabajo, medidas antivirales, controles ergonómicos del puesto de trabajo, medidas antivirales, reposos oculares periódicos entre las tareas, uso de guantes, uso de protector solar, controles ergonómicos del puesto de trabajo, medidas antivirales, reposos oculares periódicos entre las tareas, uso de guantes, uso de protector solar.

**4. Restricciones Médicas Ocupacionales:** periodico

**5. Ingresar al sistema de Vigilancia Epidemiológica o de Promoción y Prevención**

<input type="radio"/> OBESIDAD	<input type="radio"/> DISLIPIDEMIA	<input type="radio"/> HIGIENE POSTURAL	<input type="radio"/> MANEJO DE ESTRES	CUALES: <u>Yeison Muro</u>
<input type="radio"/> HIPERTENSIÓN	<input type="radio"/> DIABETES	<input type="radio"/> EJERCICIO	<input type="radio"/> OTROS	<u>Yeison Muro</u>

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

*Angela J. Alvarez P.*

MÉDICO CIRUJANO

ESPECIALISTA EN SALUD LABORAL

*Angela J. Alvarez P.*

Firma - Médico Ocupacional

L.S.O. N°

*Yeison Corredor*

Firma Aspirante al cargo

c.c. 1057710487