

CERTIFICADO PARA EL PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VIAL

Fecha de Certificación 2022-03-05 Fecha Vencimiento 2023-02-28
Tipo Documento CC
Identificación 1024582714
Nombre persona certificada HERNAN DARIO VELANDIA RODRIGUEZ
Dirección Residencia CRA 44 58 C 62 SUR
Telefono: 1 - 3506185358
Grupo Sanguíneo y RH A+
Categoría A2 : Grupo 1 : Motocicletas, motocicletas y mototriciclos con cilindrada mayor a 125 cc
Trámite : 20-Primera vez
Informe de Evaluación No. 567
Certificado No. 508
Registro RUNT 1



El Centro de Reconocimiento de Conductores Movilsalud SAS expide el certificado de aptitud física, mental y coordinación motriz, Institución Prestadora de Servicios de Salud Autorizado

CERTIFICA

Que la persona fue evaluada bajo los parámetros del Anexo (1) de la Resolución 0217 del 31 de enero de 2014 dando cumplimiento a lo establecido en la Resolución 1565 de 2014, en las siguientes exploraciones:

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

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

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

Y que según lo establecido en la misma Resolución para las pruebas realizadas y la información registrada en el informe de evaluación se decide que la persona es :

APTO CON RESTRICCION

01 CONDUCIR CON LENTES

CAPACIDAD VISUAL- dentro de parametros normales se recomienda control visual con correccion visual-CAPACIDAD AUDITIVA-SE RECOMIENDA CONTROL AUDITIVO PERIODICO SE ENCUENTRA DENTRO DE RANGOS NORMALES-PERCEPTIVO MOTORA- Dentro de parametros normales-EXAMEN MEDICO- Dentro de parametros normales.

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

Evaluado:Declara que los resultados aquí consignados corresponden al momento de la evaluación de aptitud física y de coordinación motriz, y no exime a la persona certificada de la obligación de informar AL CRC MOVILSALUD SAS todo cambio de las condiciones físicas, mentales y/o de coordinación motriz que puedan afectar la capacidad de la persona certificada para continuar cumpliendo los requisitos de certificación

Ivonne Andrea Salazar Peña

Firma profesional Certificador
IVONNE ANDREA SALAZAR PEÑA O

Declaro bajo la gravedad de juramento que he participado en todo el proceso para el plan Estrategico de seguridad Vial 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 estrictamente apego 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 certificación diferentes del alcance para el cual se otorgo la certificación.El presente contrato no es valido para presentar en organismos de transito para el trámite de la licencia de conduccion.Su uso es unicamente para tramites ante la empresa de transporte.

Firma del Evaluado




Indice izquierdo
2022-03-05



Indice derecho
2022-03-05

NOTA:Se sugiere realizar cada 360 días calendario para el plan Estrategico de seguridad vial.

 <p>AGL SALUD OCUPACIONAL</p> <p>ASESORÍA Y CONSULTORÍA</p>	<p align="center">AGL SALUD OCUPACIONAL ASESORÍA Y CONSULTORÍA</p> <p align="center">AGL RESOLUCION 9611 del 11/12/2019</p> <p align="center">RM: 7319/99. Licencia No. 14320 de 2021 Secretaría de Salud de Bogotá</p> <p align="center">Av. Caracas 44-54 Cons. 307-312</p>
	<p align="center">CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL</p>

NIT. 901.041.032-1	
Ingreso <input type="checkbox"/> Periódico <input checked="" type="checkbox"/> Retiro <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/> Reubicación <input type="checkbox"/> Seguimiento médico <input type="checkbox"/>	
<p>De acuerdo con los hallazgos encontrados en la evaluación médica ocupacional, los exámenes paraclínicos, la evaluación de antecedentes médicos por historia clínica y en cumplimiento de la, Resolución 2346 de 2006 y Resolución 1409 de 2012, del Ministerio de la Protección Social, el suscrito médico, certifico:</p>	
Fecha: 2022 – 03-05 Departamento: Cundinamarca AREA: Transporte C.C. 1.024.582.714 EDAD: 24 años EPS: Famisanar	Nombre de la empresa: TRASLADOS Y LOGISTICA TRASPORTES S.A.S Ciudad: Bogotá Dirección: Calle 71 # 13 - 28 Teléfono: 3930493 CARGO: Conductor Apellidos: Velandia Rodriguez Nombres: Hernan Dario SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> Teléfono: Celular: 3506185358 ARL: Sura AFP: Porvenir

EXÁMENES MÉDICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS

N: Normal AN: Anormal

Énfasis en osteomuscular <input checked="" type="checkbox"/>			Énfasis en manipulación de alimentos <input type="checkbox"/>			Énfasis para trabajo en alturas y espacios confinados <input type="checkbox"/>		
Examen	N	AN	Examen	N	AN	Examen	N	AN
Medico	X		Visiometría			CH		
Audiometría			Examen de voz			KOH		
Espirometría			Electrocardiograma			Serología		
						Fro. de Garganta		
						Prf. Lipídico		
						Coprológico		
						P. de Orina		

CONCEPTO

<input checked="" type="checkbox"/> SIN RESTRICCIONES OSTEOMUSCULARES PARA EL CARGO
<input type="checkbox"/> CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO: _____
RESTRICCIONES PARA TRABAJAR EN ALTURAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
RESTRICCIONES PARA MANIPULAR ALIMENTOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> APLAZADO: NO _____
EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EXAMEN PERIÓDICO SATISFACTORIO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PRESENTA PATOLOGÍA MODIFICABLE CON ESTILO DE VIDA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HAY RESTRICCIONES A SU LABOR. CUALES: _____

RECOMENDACIONES GENERALES

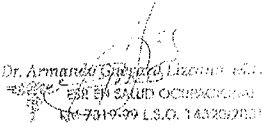
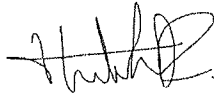
Manejo por EPS/ARL		Ocupacionales		Hábitos y estilos de vida	
Control periódico por EPS – IPS	X	Control periódico ocupacional	X	Dieta	X
Remisión a EPS – IPS		Higiene postural	X	Ejercicio	X
Continuar manejo médico EPS – IPS		Pausas activas cada 2 horas.	X	Lectura	X
Remisión ARL para manejo del caso		Uso permanente de EPP	X	Música, radio, tv a bajo volumen	X
Conducir y desplazarse con ventanas cerradas	X	Capacitación en manejo de cargas		No uso de audífonos de aparatos electrónicos	X

Recomendaciones Específicas: PVE: Osteomuscular, físico, auditivo, visual, eléctrico

Aplicar programa de prevención de riesgo psicosocial. Riesgo bajo para Covid-19. Puede laborar de manera presencial.

Aplicar segunda dosis covid19. Aplicar esquema vacuna tétanos. Uso permanente de corrección visual, control anual por

Optometría.

Médico:  <p align="center">Firma y sello</p>	Aspirante o Trabajador 
--	--

Dr. Armando Guevara Lizcano Especialista en Salud Ocupacional
PBX: 4673322 E-mail: saludocupacional.agl@gmail.com