SALUD
TABASCO

HGC

SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE TABASCO
HOSPITAL GENERAL DE COMALCALCO

09 DE AGOSTO DEL 2022

ASUNTO: CERTIFICADO MEDICO

A QUIEN CORRESPONDA:

El que suscribe Dr. RICARDO CORTES MALDONADO, legalmente autorizado para ejercer su profesión, con Titulo registrado bajo cedula profesional No. 7175520

CERTIFICA

Que después de efectuar examen médico a la C. BENITO LARA TORRES de 32 años de edad, el cual que se encuentra clínicamente sana y en condiciones para realizar actividades que se le asignen, con signos vitales estables y exploración física en parámetros normales..

Se extiende la presente en Comalcalco Estado de Tabasco, a los 09 días del mes de agosto del Dos mil veintidós.

ATENTAMENTE

DR. RICARDO CORTES MALDONADO
CED.PROF. 7175520
MEDICO DE URGENCIAS
HOSPITAL GENERAL DE COMALCALCO

CLEANMEX ENERGY SERVICES

MOON-ROOY OILFIELD SERVICES

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
LARA TORRES BENITO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catalogo Nacional de Ocupaciones) [1]
L A T B 9 0 0 5 1 3 H C S R R N 0 4	03 CONSTRUCCION

Puesto*
OPERADOR

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))
CLEANMEX ENERGY SERVICES S DE RL DE CV

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)
C E S - 1 3 0 6 2 4 - D F A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
ARMADO, INSTALACION Y USO DE ANDAMIOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
08	De	2023	02	25	a	2023	02	25

Área temática del curso [2]
86000 SEGURIDAD

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
ING. MONROY MONROY JUAN GERARDO / REG STPS MOMJ840907C70-0005

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. MONROY MONROY JUAN GERARDO	LIC. GINA FRAGOSO MARIN	ING. EDUARDO GARCIA ZUÑIGA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a maquina o con letra de molde
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado

1. Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
2. Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
3. Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
4. Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmarán el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación adiestramiento y productividad.
5. Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

CLEANMEX
ENERGY SERVICES

MOON-ROOY

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s)):
LARA TORRES BENITO

Clave Única de Registro de Población*	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)*
L A T B 9 0 0 3 1 6 H C S R R N 0 4	06 CONSTRUCCION

Puesto*
OPERADOR

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s)):
CLEANMEX ENERGY SERVICES S DE RL DE CV

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP):
C E S - 1 3 0 6 2 4 - D F A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso:
EVACUACION, BUSQUEDA Y RESCATE

Duración en horas	Periodo de ejecución	De	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
8			2 0 2 3	0 2	1 2	a	2 0 2 3	0 2	1 2

Área temática del curso *
80000 SEGURIDAD

Nombre del agente capacitador o STPS *
ING. MONROY MONROY JUAN GERARDO / REG STPS MOMJ8403307C70-0005

Los datos que asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.

Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
LIC. GINA FRACOSO MARIN	ING. EDUARDO GARCIA ZUÑIGA
Nombre y firma	Nombre y firma

ING. MONROY MONROY JUAN GERARDO
Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes a la terminación del curso de capacitación aprobado.

* Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
* Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
* Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
* Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmará el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
* Sólo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

DC-3
ANVERSO

CLEANMEX
ENERGY SERVICES

MOON-ROOY
QHSE SERVICES

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
LARA TORRES BENITO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [1]
L A T B 9 0 0 5 1 3 H C S R R N 0 4	03 CONSTRUCCION

Puesto*
OPERADOR

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))
CLEANMEX ENERGY SERVICES S DE RL DE CV

Registro Federal de Contribuyentes con homodave (SHCP)
C E S - 1 3 0 6 2 4 - D F A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
CURSO BASICO DE CONTRAINCENDIO

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año				Mes		Día			Año				Mes		Día	
06		De	2	0	2	3	0	2	0	5	a	2	0	2	3	0	2	0	5

Área temática del curso [2]
86000 SEGURIDAD

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
ING. MONROY MONROY JUAN GERARDO / REG STPS MOMJ840907C70-0005

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. MONROY MONROY JUAN GERARDO	LIC. GINA FRAGOSO MARIN	ING. EDUARDO GARCIA ZUÑIGA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

MOON-ROOY QHSE SERVICES

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

CLEANMEX
ENERGY SERVICES

MOON-ROOY
QHSE SERVICES

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
LARA TORRES BENITO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) *
LATB900515HCSRRV04	72 CONSTRUCCION

Puesto*
OPERADOR

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (En caso de persona física anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))
CLEANMEX ENERGY SERVICES S DE RL DE CV

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)
CLS 130826 4DHA

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
CURSO BASICO DE PRIMEROS AUXILIOS

Duración en horas	Periodo de ejecución		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
06		De	2021	05	04	a	2021	05	04

Área temática del curso *
88000 SEGURIDAD

Nombre del agente capacitador o STPS *
ING. MONROY MONROY JUAN GERARDO / REG STPS MOMJ840307C70-0005

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.

Patrón o representante legal *	Representante de los trabajadores *
LIC. GINA FRASCSO MARIN	ING. EDUARDO GARCIA ZUÑIGA
Nombre y firma	Nombre y firma

Nombre y firma
ING. MONROY MONROY JUAN GERARDO

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes a término del curso de capacitación aprobado.

* Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
** Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
*** Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
**** Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores llenar el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación adiestramiento y productividad.
* Sólo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio

CLEANMEX
ENERGY SERVICES

MOON-ROOY
QHSE SERVICES

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
LARA TORRES BENITO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [1]
L A T B 9 0 0 5 1 3 H C S R R N 0 4	03 CONSTRUCCION

Puesto*
OPERADOR

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))
CLEANMEX ENERGY SERVICES S DE RL DE CV

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)
C E S - 1 3 0 6 2 4 - D F A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
SEGURIDAD EN ESPACIOS CONFINADOS

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día			Año	Mes	Día
36	De	2022		06	06	a	2022		06	10

Área temática del curso [2]
86000 SEGURIDAD

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
ING. MONROY MONROY JUAN GERARDO / REG STPS MOMJ840907C70-0005

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. MONROY MONROY JUAN GERARDO	LIC. GINA FRAGOSO MARIN	ING. EDUARDO GARCIA ZUÑIGA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

MOON-ROOY QHSE SERVICES

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
2/ Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

CLEANMEX
ENERGY SERVICES

MOON-ROOY
QHSE SERVICES

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))
LARA TORRES BENITO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación especifica (Catálogo Nacional de Ocupaciones) [1]
L A T B 9 0 0 5 1 3 H C S R R N 0 4	03 CONSTRUCCION

Puesto*
OPERADOR

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))
CLEANMEX ENERGY SERVICES S DE RL DE CV

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)
C E S - 1 3 0 6 2 4 - D F A

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
SEGURIDAD PARA TRABAJOS EN ALTURA

Duración en horas	Periodo de ejecución:		Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
20	De		2022	06	13	a	2022	06	15

Área temática del curso [2]
66000 SEGURIDAD

Nombre del agente capacitador o STPS [3]
ING. MONROY MONROY JUAN GERARDO / REG STPS MOMJ840907C70-0005

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4]	Representante de los trabajadores [5]
ING. MONROY MONROY JUAN GERARDO	LIC. GINA FRAGOSO MARIN	ING. EDUARDO GARCIA ZUÑIGA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

MOON-ROOY QHSE SERVICES

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

[1] Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[2] Las áreas temáticas de los cursos se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx
[3] Cursos impartidos por el área competente de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
[4] Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.
[5] Solo para empresas con más de 50 trabajadores.
* Dato no obligatorio.

SUBSECRETARÍA DE TRANSPORTE
Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte

Psychophysical Aptitude Record

PERSONAL INFORMATION

Name BENITO LARA TORRES
RFC: LATB9005137G9
CURP: LATB900513HCSRRN04
Genre: MASCULINO
Expedient Number: 1474846
Nationality: MEXICAN



EXAM INFORMATION

Exam Date: 2022-10-31
Category: GROUP FOUR
Transport Mode: MARITIME
Exam No.: 1

AS A RESULT OF THE INTEGRAL PSYCHOPHYSICAL EXAMINATION, THAT WAS DONE, THE DICTUM WAS:

MEDICALLY FIT to perform his routine and emergency duties at sea

TAKEN FROM STCW.7/CIRC. 19. JANUARY 09, 2013. GUIDELINES ON THE MEDICAL EXAMINATION OF SEAFARERS

ADDITIONAL MEDICAL INFORMATION

Wear Glasses: ☐ **Spectacles:** ☐ **Contact:** ☐

Observations and Restrictions of reviewer:

DIETA EQUILIBRADA.REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 30 MINUTOS AL DIA.USO DE PROTECCION AUDITIVA EN CASO DE EXPOSICION A RUIDO DE 80 DB.

NAME, PROFESSIONAL CERTIFICATE NUMBER OF THE HEAD OF THE MODULE AUTHORIZED BY THE DGPMPT	PLACE PRACTICE EXAM
BAEZA RODRÍGUEZ , SELENE Ced. Prof. 7115671	SELENE BAEZA RODRÍGUEZ

I BAEZA RODRÍGUEZ SELENE , under oath, declare before the Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte, issue this dictum derived from integral psychophysical exam, realized on 31/10/2022 at AVENIDA 27 DE FEBRERO, NÚMERO 173, VILLAHERMOSA, VILLAHERMOSA, VILLAHERMOSA, C.P. 86100, and that the information contained in the electronic record N.1474846, is true and was obtained using the best medical practices by qualified personnel, who are responsible for the information provided with your signature and professional license, if necessary. As well as the suitable equipment, apperceived that of one who interrogated by public authority other than the court (in performance of their duties or by reason of them), shall fail to truth, becomes entitled to a sentence of four to eight years in prison, and one hundred to three hundred days of fines in accordance with the established of article 247, fraction 1, of the federal criminal code.

PHOTO, FINGERPRINT AND SIGNATURE OF THE HEAD OF UNIT			VALIDITY PERIOD	FINGERPRINT AND SIGNATURE	
			**For:31/10/2022** **To:31/10/2024**		

Note: according to Article 22 of Regulation preventive medicine service in transportation, published on September 1, 2010, the psychophysical aptitude record, will have a term of ninety calendar days counted from the date of issue, in order that personnel obtain or revalidate the title or federal license, certificate or book sea and maritime identity.
If terminating validity of the certificate which the preceding paragraph refers, the personnel did not get, renew, revalidation or retrieves the federal license, as well as the permits issued by the Secretariat for each mode of transportation federal and ancillary services, should be practiced again the respective exam and make the corresponding payment anew.
The personnel must carry at all times carry out their functions in the original general communication routes, or certified copy of the certificate of medical exam in terms that indicate the medical requirements for each mode of transport issued by the Direction.

Maritime Profile
Merchant navy personnel from groups one, two, three and four, must undergo a integral psychophysical exam, in order to evaluate their psychophysical aptitude for a safe and efficient performance of their duties sea book, tittle or maritime identity conferred, at a periodicity of two years; except those under 18 years of age for those who will be every six months..

The expiration of this record is determined by Annex I Abstract of International Convention on Standards of Training, Certification and Watchkeeping for seafarers, 1978, as amended. Regulation I / 9 Medical standards





Statement of the Physician/General Practitioner

1. Confirmation of the identity. Was checked by the examiner? Yes ( ) No ( )

2. Hearing meets the standards in the STCW Code, Section A-I/9? Yes ( ) No ( ) NA ( )

3. Is Hearing satisfactory without headphones? Yes ( ) No ( )

4. Visual acuity meets the standards in the STCW Code, Section A-I/9? Yes ( ) No ( )

5. Color vision meets the standards in the STCW Code, Section A-I/9? Yes ( ) No ( )
(the test is required every 6 years)

6. Date of the last color vision test _____.

7. Applicant is suitable for Watchkeeping duties? Yes ( ) No ( )

8. Are there any limitations or restrictions regarding physical fitness? Yes ( ) No ( )
If there, please
explain_____.

9. General appearance of the examinee: Normal ( ) Abnormal ( )

10. Chest X Ray: It was done ( ) It wasn´t done ( )
Test results_____.

11. Refer if you performed other diagnostic tests and results (audiometry
electrocardiography)_____.

12. Under the statement of the applicant, the medical opinion and the results of the related diagnostic test, I declare that for medical certification,
Mr./Mrs._____.

It is suitable for the watchkeeping duties at sea ( ) It is not suitable for the watchkeeping duties at sea ( )

Bridge tasks Suitable ( ) Non suitable ( )

Engine tasks Suitable ( ) Non suitable ( )

Catering tasks Suitable ( ) Non suitable ( )

Suitable with restrictions Yes ( ) No ( ) State the restrictions_____.

Is it mandatory for the Applicant to wear eye glasses? Yes ( ) No ( )

MEXICO

THIS CERTIFICATE COMPLIES WITH THE INTERNATIONAL MARITIME ORGANIZATION (IMO), INTERNATIONAL CONVENTION ON STANDARDS OF TRAINING, CERTIFICATION AND WATCHKEEPING FOR SEAFARERS, 1978, AS AMENDED THAT STATES THAT VERY SEAFARER HOLDING A CERTIFICATE ISSUED UNDER THE PROVISIONS OF THE CONVENTION, WHO IS SERVING AT SEA, SHALL HOLD VALID MEDICAL CERTIFICATE ISSUED IN ACCORDANCE WITH THE PROVISION OF REGULATIONS I/9 AND THE SECTION A-1/9 OF THE STCW CODE AS WELL IN THE GUIDELINES ON THE MEDICAL EXAMINATIONS FOR SEAFARERS THAT HAVE BEEN ENDORSED BY THE ILO GOVERNING BODY AND THE IMO MARITIME SAFETY COMMITTEE TO PROVIDE COMPLEMENTARY ADVICE WITH REGARD TO SAFEGUARDING THE HEALTH OF SEAFARERS THE HEALTH OF SEAFARERS AND PROMOTING SAFETY AT SEA.

SUBSECRETARÍA DE TRANSPORTE
Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte

CONSTANCIA DE APTITUD PSICOFÍSICA

INFORMACIÓN DEL PERSONAL



Nombre: BENITO LARA TORRES
RFC: LATB9005137G9
CURP: LATB900513HCSRRN04
Género: MASCULINO
Número del expediente: 1474846
Nacionalidad: MEXICANO

INFORMACIÓN DEL EXAMEN

Fecha del examén: 2022-10-31
Categoría: GRUPO CUATRO
Módo de transporte: MARITIMO
No. Examen: 1

COMO RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFÍSICO INTEGRAL, QUE LE FUE PRACTICADO, EL DICTAMEN FUE:

A P T O

INFORMACIÓN MÉDICA ADICIONAL

Usa Lentes: ☐ **Aéreos:** ☐ **Contacto:** ☐

Observaciones y restricciones del Revisor: DIETA EQUILIBRADA.REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 30 MINUTOS AL DIA.USO DE PROTECCION AUDITIVA EN CASO DE EXPOSICION A RUIDO DE 80 DB.

NOMBRE, NO. DE CÉDULA PROFESIONAL DEL JEFE DEL MODULO AUTORIZADA POR LA DGPMPT	LUGAR DE PRÁCTICA DEL EXAMEN
BAEZA RODRÍGUEZ , SELENE Ced. Prof. 7115671	SELENE BAEZA RODRÍGUEZ

Yo BAEZA RODRÍGUEZ SELENE , bajo protesta de decir verdad, declaro ante la Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte, que verifique la veracidad de los documentos que avalan la identidad del personal, que emito este dictamen derivado del examen psicofísico integral practicado el 31/10/2022 en AVENIDA 27 DE FEBRERO, NÚMERO 173, VILLAHERMOSA, VILLAHERMOSA, VILLAHERMOSA, C.P. 86100, y que la información contenida en el expediente electrónico No.1474846 es verídica, y fue obtenida empleando para ello las mejores prácticas médicas por personal calificado, que me hago responsable de la información aportada con mi firma y en su caso con mi cédula profesional, así como el equipo idóneo, apercibido de que aquél que interrogado por autoridad pública distinta de la judicial (en ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas) faltare a la verdad, se hace acreedor a una pena de cuatro a ocho años de prisión y de cien a trescientos días multa de acuerdo a lo establecido en el artículo 247, fracción I del Código Penal Federal.

FOTO, HUELLA DACTILAR Y FIRMA DEL JEFE DEL MODULO			VIGENTE	HUELLA DACTILAR Y FIRMA DEL SOLICITANTE	
			**DE:** 31/10/2022 **A:** 31/10/2024		

NOTA: Conforme al artículo 22 del REGLAMENTO del Servicio de Medicina Preventiva en el Transporte publicado el 01 de septiembre de 2010. La Constancia de Aptitud Psicofísica tendrá una validez de noventa días naturales, contados a partir de la fecha de su expedición para efectos de que el personal obtenga o revalide la Licencia Federal o Titulo, Certificado o Libreta de Mar y de Identidad Marítima.
Si concluido la vigencia de la Constancia a que se refiere el párrafo anterior, el personal no obtiene, renueva, revalida o recupera la Licencia Federal, Título, Certificado o Libreta de Mar y de Identidad Marítima, así como los permisos que expide la Secretaría para cada modo de transporte federal y sus servicios auxiliares, deberá practicarse otra vez el examen respectivo y efectuar nuevamente el pago correspondiente.
El personal deberá portar durante todo el tiempo que lleve a cabo sus funciones en las vías generales de comunicación, el original o copia certificada de la constancia de aptitud psicofísica en los términos que señalen los requisitos médicos para cada modo de transporte que emita la Direccion.

Perfil Marítimo
El Personal de Marina Mercante de los Grupos 1, 2, 3 y 4 deberá someterse a un Examen Psicofísico Integral, a efecto de evaluar su Aptitud Psicofísica para realizar un desempeño seguro y eficiente de las atribuciones que su Libreta de Mar, Titulo o Identidad Marítima le confiera, con una periodicidad de dos Años; a excepción de los menores de dieciocho Años que será cada seis meses.

La caducidad de esta constancia está determinada por Anexo I Extracto del Convenio internacional sobre normas de formación, titulación y guardia para la gente de mar, 1978, en su forma





DECLARACION DEL MEDICO EXAMINADOR

1. Confirmación de que se examinaron los documentos de identidad en el lugar del examen Si ( ) No ( )

2. ¿La audición satisface las normas de la sección A-I/9 del Código de Formación? Si ( ) No ( ) No es aplicable ( )

3. ¿Es satisfactoria la audición sin audífinos? Si ( ) No ( )

4. ¿La agudeza visual cumple las normas de la sección A-I/9 del Código de Formación? Si ( ) No ( )

5. ¿La visión cromática cumple las normas de la sección A-I/9 del Código de Formación? Si ( ) No ( ) (La prueba se requiere cada 6 años)

6. Fecha de la última prueba de visión cromática:_____

7. ¿Apto para cometidos de Vigía? Si ( ) No ( )

8. ¿Existen limitaciones o restricciones respecto de la apatitud física? Si ( ) No ( )

Si existen respuestas “NO” , dar detalles de las limitaciones o restricciones_____
_____.

9. Apariencia general del examinado: Normal ( ) Anormal ( )

10. Radiografía de tórax: se hizo ( ) no se hizo ( )

Resultados_____.

11. Mencione si realizó otras pruebas de diagnóstico y resultados. (audiometría, electrocardiografía, etc).

12. Sobre la base de la declaración de la persona examinada, mi reconocimiento clínico y los resultados de la prueba de diagnóstico realizadas, declaro que a efectos médicos, el C._____.

es apto para el servicio Vigia ( ) No es Apto para el servicio de vigia ( )

Servicio de Cubierta Apto ( ) No apto ( )

Servicios de Máquinas Apto ( ) No apto ( )

Servicio de fonda Apto ( ) No apto ( )

Aptitud con restricciones Si ( ) No ( ) Enuncie las restricciones_____.

¿Obligación de usar lentes correctores para la visión? Si ( ) No ( )

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
MEXICO

EL PRESENTE CERTIFICADO CUMPLE CON EL CONVENIO INTERNACIONAL SOBRE NORMAS DE FORMACIÓN, TITULACIÓN Y GUARDIA PARA LA GENTE DE MAR, 1978, EN SU FORMA ENMENDADA DE LA ORGANIZACIÓN MARÍTIMA INTERNACIONAL QUE PREVÉ QUE TODOS LOS MARINOS EN POSESIÓN DE UN TÍTULO EXPEDIDIO EN VIRTUD DE LO ESTIPULADO EN EL CONVENIO, QUE PRESTEN SERVICIO EN EL MAR TAMBIÉN DEBERÁN POSEER UN CERTIFICADO MÉDICO VÁLIDO EXPEDIDO DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA REGLA I/9 Y LA SECCIÓN A-I/9 DEL CÓDIGO DE FORMACIÓN ASÍ COMO CON LAS DIRECTRICES PARA LA REALIZACIÓN DE LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS DE LA GENTE DE MAR QUE HAN SIDO REFRENDADAS POR EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO Y EL COMITÉ DE SEGURIDAD MARÍTIA DE LA OMI A FIN DE OFRECER ASESORAMIENTO COMPLEMENTARIO A LAS AUTORIDADES COMPETENTES, MÉDICOS, Y TODAS LAS PARTES INTERESADAS DEL SECTOR DEEL TRANSPORTE MARÍTIMO CON RESPECTO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LA GENTE DE MAR Y EL FOMENTO DE LA SEGURIDAD MARÍTIMA.

CES MARTÍN GROUP

Otorga la presente
Issues this

Folio: CMG-5759
Folio DGMM: 1667875212725



Constancia de Suficiencia

Certificate of proficiency

STCW/10
CONVENIO DE FORMACIÓN
PARTE A DE LA REGLA 1/8
NORMAS DE CALIDAD

a:
to:

BENITO LARA TORRES

Por su participación en el Curso de Capacitación Presencial denominado:
For his participation in the training course called:

Básico de Seguridad para Plataformas y Barcazas

Basic Safety Training for Rigs and Mobile Offshore Units

Acorde a la Resolución A. 1079 de la O.M.I. en su 28 asamblea adoptada el 04 de Diciembre de 2013.
According to Resolution A. 1079 of the I.M.O. in 28th Assembly adopted on December 4, 2013.

Orientación sobre la aplicación de las disposiciones del Convenio de Formación a las unidades móviles que operan mar adentro. Anexo del Código de Formación del Convenio Internacional sobre Normas de Formación, Titulación y Guardia Para la Gente de Mar 1978, en su forma enmendada 2010 (Enmiendas de Manila).
Guidance on application of the provisions on the STCW Conventionto mobile offshore units (MOUs). Annex the Manila Amendments to the Seafarers Training. Certification and Watchkeeping (STCW) CODE.

Efectuado en:	Curso realizado el:	Duración del curso	Expira el:
Issued at:	*Realizated course:*	*Course lenght:*	*Expires on:*
Villahermosa, Tabasco	04 y 05 de Noviembre de 2022	16 hrs	05 de Noviembre 2027

Instructor:
IMN. Nelson Lanz Ballhaus

Gerente Administrativo:
Ing. Yadira Del Angel Molina

Autorización de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, Dirección General de Marina Mercante Oficio:

DGMM-0994/2021

CES MARTÍN GROUP

TEMARIO:

1. PLATAFORMAS Y BARCAZAS
platforms and barges.
1.1. Dinstintos tipos de plataforma
Types of platforms
1.2. Nomenclatura de las barcazas y tipos de ellas.
Nomenclatura of plataforms

2. SUPERVIVENCIA PERSONAL
personal survival
2.1. técnicas de supervivencia en el mar
survival techniques of the life on the sea
2.2. señales de emergencia
emergency signals.
2.3. evacuación y modalidades
evacuation systems.
2.4. equipo de salvamento y rescate
survival equipment and rescue.
2.5. despliegue del aro salvavidas y equipo conexo
deployment of the lifebuoy and related equipment

3. PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA INCENDIOS
fire fighting prevention.
3.1. control y prevención
prevention and control.
3.2. políticas y medidas de seguridad personal
Personal safety measurements and politics.
3.3. tipos de incendios
types of fire
3.4. zafarranchos periódicos abordo
Drills on board
3.5. sistemas de detección e incendios
detection and fire systems.
3.6. métodos y procedimientos para combatir y extinguir incendios
procedures and methods
3.7. uso de aparatos de respiración y equipos de protección
breathing apparatus use and protection equipment
3.8. teoría del fuego
fire theory.
3.9. sistemas fijos de extinción de incendios
fixed fire extinguishing systems.

4. PRIMEROS AUXILIOS
first aids.
4.1. principios generales
general principles
4.2. estructura y funciones del cuerpo
structure and functions of the body
4.3. posiciones del accidentado
accidented positions.
4.4. procedimientos de asistencia en diversos casos
assistance procedures in various cases
4.5. rescate y transporte de lesionados
rescue and transportation of the lesions
4.6. uso de equipo diverso (Botiquín de emergencia, venda y uso)
use of miscellaneous equipment (emergency kit, band and use)
4.7. el accidentado inconsciente
unconscious accidented.

COURSE TOPICS:

5. SEGURIDAD PERSONAL
personal safety.
5.1. medidas de seguridad en plataformas y barcazas
security measures in mobile offshore units
5.2. Medidas de seguridad en la canasta de personal (Viuda) y guindolas de embarque.
Safety measurements in basket and lines of transportation.
5.3. señalización y planos de seguridad
signage and safety planes
5.4. distintos tipos de emergencia
emergency types.
5.5. medidas de seguridad en situaciones específicas
security measures in specific situations
5.6. seguridad en espacios confinados, permisos, trabajos en riesgos.
safety measurements in confined space.
5.7. medidas de seguridad al abordar y desembarcar de un helicóptero
safety measurements for the helicopter transportation.

6. RESPONSABILIDADES SOCIALES
social responsibilities.
6.1. derechos y obligaciones de la tripulación
obligations and rights of the crew.
6.2. condiciones laborales
labor conditions.
6.3. Descanso abordo
time off on board.
6.4. estrés laboral
labor stress.
6.5. drogas, alcohol, salud y condiciones de higiene
drugs, alcohol and hygiene and occupational health

7. SENSIBILIZACIÓN SOBRE PROTECCIÓN
sensitization on protection
7.1. tendencias y amenazas actuales en relación con la piratería
tendency and threat actuals in relation with the piracy
7.2. concientización con las convenciones internacionales, códigos y recomendaciones pertinentes
international conventions, codes and recommendations in relations.
7.3 niveles de protección y acciones
protection levels and actions
7.4. reconocimiento, identificación y respuesta de una amenaza
recognition, identification and response of the threat
7.5. implementación de planes de contingencia, ejercicios y simulacros de protección
implementation contingency plan, exercises and drills protection.
7.6. acciones requeridas para los diferentes niveles de protección
actions required for different levels of protection

8. PREVENCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN
pollution prevention.
8.1. definir la contaminación
pollution definition.
8.2. la contaminación y sus efectos
pollution and effects
8.3. efectos de la contaminación operacional o accidental del medio marino
effects of the operational pollution or accidental of the sea environment.

Esta constancia solo tiene validez cuando tiene las firmas de autorización, sello de relieve, folio de control y holograma de la empresa. Para verificar validez consulte al (993) 481-1551, vía WhatsApp al (993)1482688, vía correo a contacto@cesmartingroup.com, visítanos en nuestra Instalaciones en Lamberto Castellanos 302 Col. Arboledas, Villahermosa, Tabasco o ingresa a la sección de contacto en www.cesmartingroup.com

TIPO
D

SECTOR PLATAFORMAS Y BARCAZAS

Categoría: OPERACIONES COSTA AFUERA



A favor BENITO LARA TORRES

De conformidad con lo previsto por la Ley de Navegación y Comercio Marítimos y su reglamento vigente

CAPÍTULO QUINTO

Este documento es exclusivo para uso en aguas nacionales



UNICAPAM0005986-D

Nº Embarcación	147845
Folio	SM0923523
Lugar de Expedición	Villahermosa, Tab
Fecha Expedición	16-11-2022
Fecha Vencimiento	16-11-2027

LA AUTORIDAD MARITIMA

Lic. CER. MA. Isabel Martin Alvarez

Capitán de Puerto

BENITO LARA TORRES

Name: Medical Certificate of Fitness for Work Offshore Form		OEUK OFFSHORE ENERGIES UK	
Location: Global	Revision: 1	Document Type: Form	Effective Date: OCTOBER 24th, 2022
Process Owner: DR. FERNANDO TERAN FLORES		Approved By: OCCUPATIONAL HEALTH - OEUK	

Medical Certificate of Fitness for Work Offshore with Restrictions

Employee Name	BENITO LARA TORRES
Date of Birth	MAY 13th, 1990.
Employer Company Name	SERVICIOS INTEGRALES DU-FRA
Occupation	OPERATOR

This employee has been examined in accordance with following standards (check all that apply) and IS **Medically Fit for Work Offshore with Restrictions:**

- ☐ HCC Medical Aspects of Fitness for Offshore Work procedure
- ☒ OEUK Medical Aspects of Fitness for Work Offshore

It is agreed that this individual is fit to work on the following offshore installations:

a. **OFFSHORE INSTALATIONS (VESSELS/OIL RIG PLATFORMS).**

b.

c.

Subject to the following restrictions:

MIXED DYSLIPIDEMIA. SUGGEST TO SEEK INTERNAL MEDICINE ASSESSMENT TO START TREATMENT.

Examinating Physician Name	**FERNANDO TERAN FLORES MD - OCCUPATIONAL HEALTH.**
OEUK PIN No.	**OEUK / 2015 / 2201**
Date of Examination	OCTOBER 24th, 2022
Date of Expiry of Certificate	APRIL 24th, 2023
Signature	

OEUK

FERNANDO TERAN FLORES
PIN NUMBER: OEUK/2015/2201
MEDICINA HEALTH-OCCUPATIONAL HEALTH CONSULTING
CED. PROF. 8741004 CED. DEL CAMPECHE

Name: **Field Medical Screening Questionnaire**		OEUK Offshore Energies UK	
Location: Global	Revision: 1	Document Type: Form	Effective Date: OCTOBER 24th, 2022
Process Owner: DR. FERNANDO TEJAN FLORES		Approved By: Occupational Health OEUK	

To Employee Please complete this form and provide to Physician or Licensed Health Care Professional (PLHCP) during the Medical Assessment for Work Offshore for the purposes of determining fitness for work

Medical Questionnaire / Examination Form

Personal Details		
Surname: Lara Tejeda	Forenames: Benito	
Address: Hidalgo 23 Nueva Tenochtitlan Mexico DF		Tel No.: -- 9934315616
Other Address:		Tel No.:
Date of Birth: 13/05/1990	Marital Status: ☐ Married ☒ Single ☐ Divorced ☐ Widowed	
GP's Name:	Occupation / Job Title: Operator	
GP's Address:		
Date of Last Offshore Medical:	Date of Last Survival Course:	
Fire Team Member? ☐ Yes ☐ No		

Social / Occupational History	Yes	No	Write in answers
1. Do you smoke? If so, how many per day?		NO	
2 If ex-smoker, when did you stop?		NO	
3 Average weekly alcohol consumption state quantity and type		NO	
4 Have you been exposed to any known occupational hazard such as noise, radiation, dusts, asbestos, chemicals or lead?	SI		
5 Have you used protective clothing, safety glasses, or hearing protection?	SI		
6. Have you ever developed any medical condition in connection with your occupation? If so, please give details e.g. hearing loss/ skin condition/ wheeze/ backache/ muscle strain/ blood disease		NO	
7. Have you suffered any industrial injury? If so, give details:		NO	
8 Have you had any previous audiometric screening? Was this normal? State when and where.	SI		
9 Have you had previous lung function screening? Was this normal? State when and where.	SI		
10. Have you been rejected from employment on medical grounds?		NO	
11. Have you received compensation, or is there any industrial claim pending?		NO	
12. Have you ever been medevaced from an offshore installation?		NO	

OEUK
REMAINS THE PROPERTY OF
OIL & GAS UK LIMITED
MEMBERS OF THE OCCUPATIONAL HEALTH FORUM
TO WHICH THIS DOCUMENT IS SUPPLIED

Name: **Field Medical Screening Questionnaire**		OEUK OFFSHORE ENERGIES UK	
Location: Global	Revision: 1	Document Type: Form	Effective Date: OCTOBER 24th, 2022
Process Owner: DR. FERNANDO TERAN FLORES		Approved By: OCCUPATIONAL HEALTH - OEUK	

General Medical Questionnaire			
Do you have or have you been diagnosed with any of the following?	**Yes**	**No**	**Write in answers**
1. Chest pain / heart disease		NO	
2. High blood pressure / stroke		NO	
3. Asthma / epilepsy / diabetes		NO	
4 Peptic ulcer disease		NO	
5. Kidney disease (e.g. stones)		NO	
6 Psychiatric disorder (e.g. anxiety, depression)		NO	
7 Tuberculosis		NO	
8. Cancer		NO	
Do any of your immediate family (parents/brothers/sisters) have a history of any of the above conditions? Please specify:			
Examining Physician's Comments:			

Do you have or have you had any significant or recurrent problems with the following? Please answer and elaborate.	**Yes**	**No**	**Write in answers**
1 Backache / joint or muscular pain		NO	
2 Hernia or rupture		NO	
3. Visual impairment		NO	
4. Perforated eardrum / discharge from the ear		NO	
5 Recurrent indigestion		NO	
6 Jaundice / hepatitis / gall bladder disease		NO	
7. Change in bowel habit / diarrhea		NO	
8. Blood in stool / piles / hemorrhoids		NO	
9 Shortness of breath / coughing up blood		NO	
10. Recurrent bronchitis / pneumonia		NO	
11. Blood in urine / kidney complications / stones		NO	
12. Headaches / migraine / dizziness		NO	
13. Arthritis / degenerative disorder		NO	
Examining Physician's Comments:			

OEUK

FERNANDO TERAN FLORES
MD Medical Practitioner
MEDICAL DIRECTOR OFFSHORE ENERGIES UK
REGISTERED MEDICAL PRACTITIONER IN THE UNITED KINGDOM

Name:			
Field Medical Screening Questionnaire		OEUK OFFSHORE ENERGIES UK	
Location: Global	Revision: 1	Document Type: Form	Effective Date: OCTOBER 24th, 2022
Process Owner: DR. FERNANDO TERAN FLORES		Approved By: OCCUPATIONAL HEALTH - OEUK	

General Medical Questionnaire			
14. Varicose veins		NO	
15. Skin trouble (e.g. dermatitis / eczema)		NO	
16. Surgical operations		NO	
17. Hospitalizations		NO	
18. Fear of flying		NO	
19. Tropical diseases / venereal disease / HIV		NO	
20. History of alcohol / drug abuse		NO	
21. Do you have any allergies? Please list		NO	
22. Do you have any current illnesses? Please list		NO	
23. Are you receiving any medication, including vitamins, at present? Please list		NO	
24. Have you attended a dentist in the last year?		NO	
25. Are you undergoing dental treatment?		NO	

26. Travellers Vaccinations:	Date of Last Booster:	Travellers Vaccinations:	Date of Last Booster:
Tetanus		Diphtheria	
Polio		Hepatitis A	
Typhoid		Hepatitis B	
Yellow Fever		Others	

For Females Only - Have you ever had any of the following?	Yes	No	Write in answers
27. An abnormal pap smear / breast disease			
28. Gynaecological problems (e.g. pelvic infection)			
29. Complications of pregnancy			
30. Please give date of last menstrual period			
Examining Physician's Comments:			

"I DECLARE THE ABOVE TO BE TRUE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I AGREE THAT THE RESULT OF MY MEDICAL EXAMINATION, INCLUDING APPROPRIATE INVESTIGATIONS CARRIED OUT IN ORDER TO ESTABLISH MY MEDICAL FITNESS MAY BE REVEALED TO A COMPANY MEDICAL OFFICER IF REQUIRED. I ACCEPT THE TRANSFER OF MY MEDICAL FILES TO OTHER DOCTORS WORKING FOR THE COMPANY IN WHICH I MAY GAIN EMPLOYMENT." **NON DECLARATION OF SIGNIFICANT MEDICAL PROBLEMS MAY RESULT IN TERMINATION OF EMPLOYEMENT.**

SIGNATURE OF EXAMINEE:	

OEUK

Name: Field Medical Screening Questionnaire		OEUK OFFSHORE ENERGIES UK	
Location: Global	Revision: 1	Document Type: Form	Effective Date: [illegible]
Process Owner: DR. FERNANDO TERAN FLORES		Approved By: Occupational Health - OEUK	

Medical Examination – To Be Completed by Examining Physician

Proof of Identity Produced? ☑ Yes ☐ No

Age	Height	Weight	BMI	BP	Pulse	Peak Flow	Predicted PFR	Urinalysis		
								Protein	Blood	Glucose
32	161	67	25.8	132/84	91	3.33	8.81	NO	NO	NO
								Ph 6.0	Temp [illegible]	

Vision - Distance			Vision - Near			Colour		VDU
L 20/10	Aided L --	BOTH 20/10	L 20/20	Aided L --	BOTH 20/20	Normal ☑	Abnormal ☐	☑
R 20/10	Aided R --		R 20/20	Aided R --				

DOPING 3 PARAMETERS (COC-AMP-THC): **NEGATIVE.**

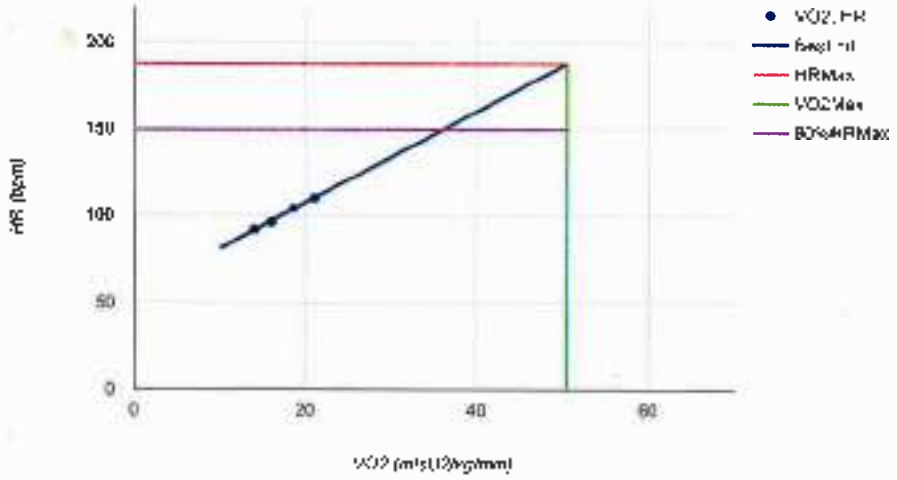


OEUK
[illegible]
PIN NUMBER [illegible]
[illegible] HEALTH-OCCUPATIONAL HEALTH CONSULTANT
[illegible] CAMPECHE MEX.

CHESTER STEP TEST 2 RESULTS

Date of testing:	24 Oct 2022
Reference:	DELBC
Participant:	BENITO LARA TORRES (male, age 32)
Maximum Heart Rate:	188 bpm (maximum heart rate for ages under 40 calculated using the formula "220 minus age")
Step Height:	30 cm. / 12 in

Level:	1	2	3	4	5
Time Elapsed:	1 min	2 mins	3 mins	4 mins	5 mins	6 mins	7 mins	8 mins	9 mins	10 mins
Heart Rate (bpm):	92	96	104	110	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Rating of Perceived Exertion:	-	8	-	10	-	-	-	-	-	-



Aerobic Capacity

50.4 ml/kg/min

14.4 METs

Normative Data (Male):

Fitness Rating	age 15-19	age 20-29	age 30-39	age 40-49	age 50-59	age 60-69
Excellent	60+	55+	50+	46+	44+	40+
Good	48 - 55.9	44 - 54.9	40 - 49.9	37 - 45.9	35 - 43.9	33 - 39.9
Average	39 - 47.9	35 - 43.9	34 - 39.9	32 - 36.9	29 - 34.9	25 - 32.9
Below Average	30 - 38.9	31 - 34.9	26 - 33.9	25 - 31.9	23 - 25.9	22 - 24.9
Poor	<30	<31	<26	<25	<23	<22

Want to share Chester Step Result for your team?

Click here to learn more

BERNARDO TEXAS PORTS
PHYSIOTHERAPIST
MARITIME HEALTH OCCUPATIONAL HEALTH CONSULTING

The Chester step test & Treadmill Protocol are the IP & copyright of Professor Ken Sykes
All associated software including CSTS are copyright Cartwright Fitness (UK) 2013 - 2022. All Rights Reserved.

POWERED BY
PHA PRO HEALTH CARTWRIGHT FITNESS

EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL AEREA

NOMBRE:	BENITO LARA TORRES	FECHA: 24-OCTUBRE-2022	
EDAD:	32AÑOS	SEXO:	MASCULINO
OCUPACION:	OPERATOR	EMPRESA:	SERVICIOS INTEGRALES DU-ERA
¿AÑOS TRABAJANDO EN EXPOSICION AL RUIDO?	3AÑOS	¿TIEMPO DE EXPOSICION AL RUIDO EN SU PUESTO ACTUAL? (HORAS POR DIA)	8HORAS
¿INTENSIDAD DEL RUIDO? (INTENSO, MODERADO O MOLESTO)	MODERADO	¿TIPO DE RUIDO?	NA
¿ANTECEDENTE DE FAMILIARES CON PROBLEMAS AUDITIVOS?		NO	
DOLOR DE OIDOS, MAREOS O SUPURACIONES, ¿ZUMBIDO DE OIDOS?		NO	
ALGUNAVEZ LE HAN APLICADO ALGUN MEDICAMENTO OTOTOXICO?		NO	
EXPOSICION A RUIDOS DE MAQUINARIA EN LAS ULTIMAS 12 HORAS?		NO	
¿ALGUNA VEZ HA SUFRIDO ALGUN TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO?		NO	
¿HA ESTADO EXPUESTO A CAMBIOS DE PRESION ATM EN LAS ULTIMAS 16 HORAS?		NO	
¿NOTA USTED ALGUN PROBLEMA AUDITIVO ACTUALMENTE?		NO	

EXPLORACION FISICA DEL OIDO:

	MEMBRANA TIMPANICA INTEGRA	CERUMEN	INFECCION EN EL OIDO.	TRAUMA INTERNO:	OBSERVACIONES:
OTOSCOPIA DERECHA	SI	NO	NO	NO	CONDUCTO AUDITIVO NORMAL
OTOSCOPIA IZQUIERDA	SI	NO	NO	NO	CONDUCTO AUDITIVO NORMAL

INTERPRETACION DEL ESTUDIO.

OIDO DERECHO: AUDIOMETRIA TONAL CON PARAMETROS DENTRO DE LIMITES NORMALES
OIDO IZQUIERDO: AUDIOMETRIA TONAL CON PRESENCIA DE HIPOACUSIA LEVE DE TIPO TRAUMA ACUSTICO.

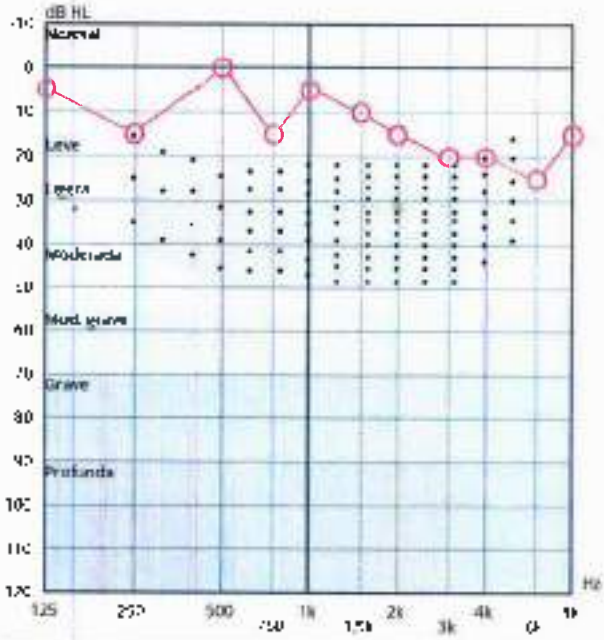
RECOMENDACIONES E INDICACIONES:
CUIDADOS GENERALES DE OIDOS Y VIAS AEREAS SUPERIORES.
EVITAR USO DE MEDICAMENTOS OTOTOXICOS.
UTILIZACION DE EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL AUDITIVA EN ZONAS DE RUIDO DE MANERA CONTINUA. NO SOBREPASANDO 90DB POR MAS DE 8 HORAS CONTINUAS.
CONTINUAR CON PROGRAMA DE CONSERVACION AUDITIVA ANUAL.

DRA. ABRIL MORENO VICENTE
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CAMPECHE
MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL.
CERTIFIED OCCUPATIONAL HEARING CONSERVATIONISTS CERTIFICATION NUMBER 9060[illegible]
CEDULA PROFESIONAL: 11117988.

PACIENTE: SERVICIOS INTEGRALES DU-FRA BENITO LARA TORRES - 13/05/1990 (32 años) - H

1: Audiometría tonal - 24/10/2022 12:54 p. m. - DR. FERNANDO TERAN

Derecho



	DCHA	IZQ.	BIL
VA			⊗
VA Enmask.			Δ
UCL			
VT			
VO Enmask.			
FF			⊠
FF Enmascar.			S
FF Apagada			A

Índice de inteligibilidad

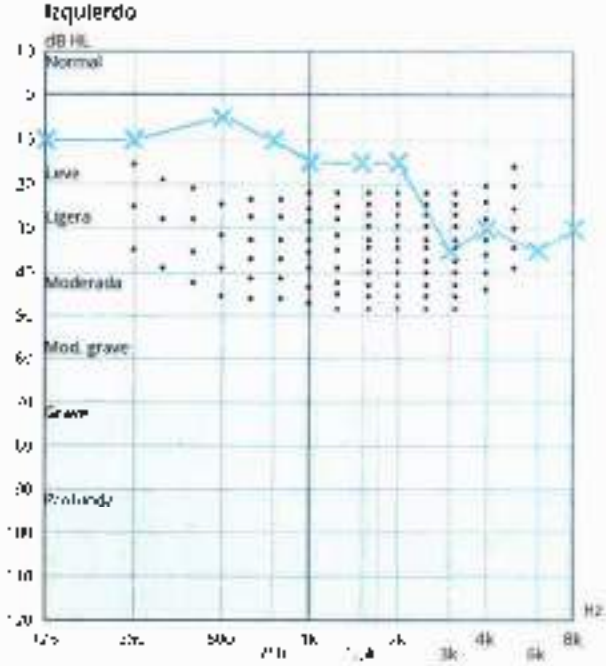
	DCHA	IZQ
VA	96 %	96 %

Clasificación MPR

DCHA Clase IA

IZQ Otras características

Izquierdo



		125	250	500	750	1k	1.5k	2k	3k	4k	6k	8k
VA DCHA	Umbral	5	15	0	15	5	10	15	20	20	25	15
VA IZQ	Umbral	10	10	5	10	15	15	15	15	10	10	20

Exámenes	Dispositivo	SN.	Información adicional
1	INVENTIS PICCOLO BASIC	AU1PG21231040	Fecha calibración dispositivo: 14/12/2021; Transductor VA: DD45

EXAMEN DE ESPIROMETRIA

NOMBRE:	BENITO LARA TORRES	FECHA: 24-OCTUBRE-2022			
EDAD:	32AÑOS	SEXO:	MASCULINO		
OCUPACION:	OPERATOR	EMPRESA:	SERVICIOS INTEGRALES DU-FRA		
TIPO DE EXAMEN:	PERIODICO	EQUIPO:	DATOSPIR 120C-SIBELMED CALIBRADO		
PADECIMIENTOS	INFECCION GARGANTA	ASMATICO	GRIPA	FUMA	ALERGICOS
SANO.	NO	NO	NO	NO	NO

¿TUVO DESPRENDIMIENTO DE RETINA O UNA CIRUGIA DE OJOS, TORAX, ABDOMEN EN LOS ULTIMOS 3 MESES?	NO
¿HA TENIDO ALGUN INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN LOS ULTIMOS 3 MESES?	NO
EN CASO DE SER MUJER, ¿ESTA EMBARAZADA ACTUALMENTE?	NO

SE EFECTUO ESPIROMETRIA SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DE LA NIOSH, REFERENCIAS DE LA ATS Y LOS PARAMETROS DE PEREZ PADILLA (MEXICO). ENCONTRANDO LO SIGUIENTE:

EL FVC ES DE:	3.64	QUE CORRESPONDE AL	66 %	DEL PREDICHO
LA FEV1 ES DE:	2.90	QUE CORRESPONDE AL	58 %	DEL PREDICHO
LA RELACION FEV1/FVC ES DE:	73.9	QUE CORRESPONDE AL	87 %	DEL PREDICHO
LA RELACION FEF25%-75% ES DE	2.48	QUE CORRESPONDE AL	42 %	DEL PREDICHO

SE ANEXAN LAS CURVAS DE FLUJO VOLUMEN Y VOLUMEN-TIEMPO OBTENIDAS DEL PACIENTE.

INTERPRETACION DEL ESTUDIO.

CON LOS PARAMETROS ANTERIORES SE CONCLUYE:

PATRON ESPIROMETRICO RESPIRATORIO CON ALTERACION VENTILATORIA RESTRICTIVO MODERADA

GRADO DE CALIDAD DE ESPIROMETRIA "D"

DR. GUILLERMO SANCHEZ CARRILLO.
UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE MONTERREY
MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL
TECNICO EN ESPIROMETRIAS CERTIFICADO POR NIOSH
CEDULA PROFESIONAL 10463713.6

Resultados de la prueba de Función Pulmonar

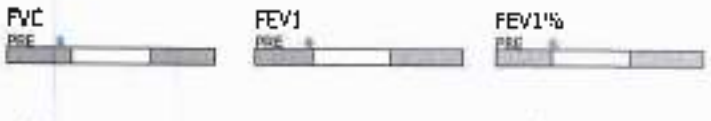
MEDICINA LABORAL CARMEN SA DE CV

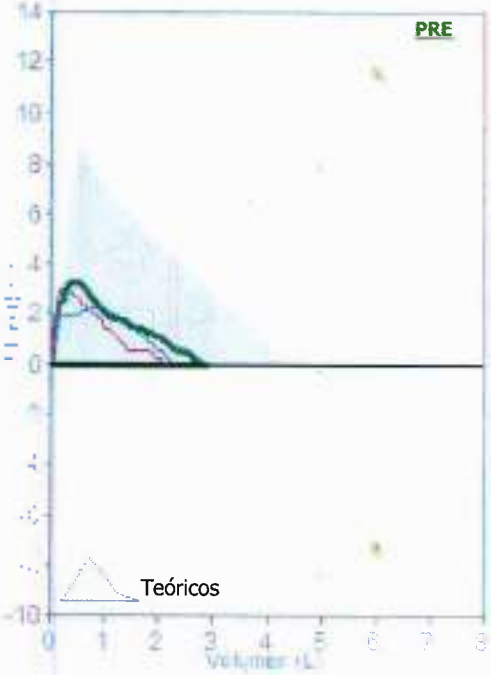
DR. FERNANDO TERAN FLORES

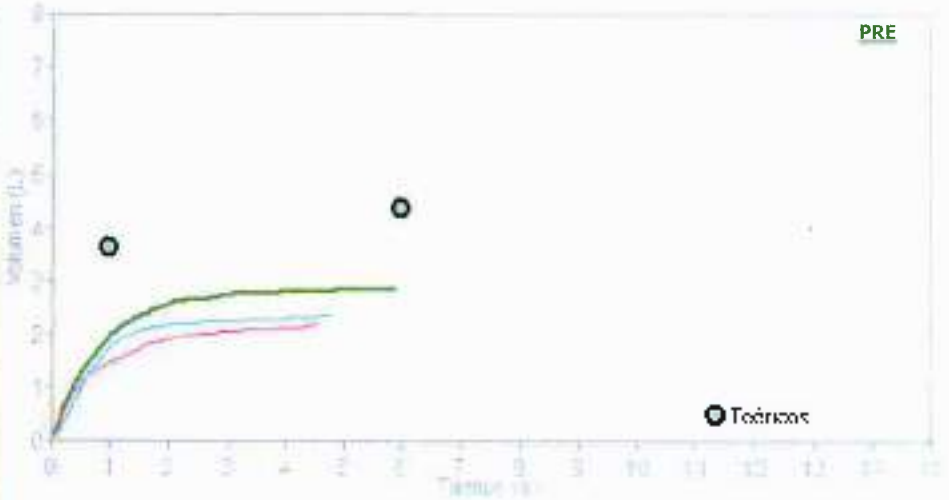
CALLE 55 NUMERO 93 CD DEL CARMEN, CAMP

Fecha de visita 24/10/2022

Cód. paciente	WSP1746027469	Edad	32
Apellido	LARA TORRES	Género	Masculino
Nom.	BENITO	Altura, cm	161
Fecha de nacimie	13/05/1990	Peso:, kg	67
		BMI	25.85
Fuma	No fumador	Paquete-año	
Grupo pacientes			







Grado de control de calidad: D Variabilidad: FEV1 - 0.55 L (35.95%), FVC=0.7L (31.9
2 Acceptable trials.

Interpretación



Restricción moderada

Fecha prueba PRE 24/10/2022 12:46:56 p. m.

Parámetros		LLN	Teór.	Best	%Teór.	Z-score	PRE #1	PRE #2	PRE #3	POST	%Teór.	%Cam
FVC	L	3.64	4.39	2.89*	66	-3.30	2.89	**2.35**	**2.19**	*		
FEV1	L	2.98	3.61	2.08*	58	-3.98	2.08	**1.85**	**1.53**	*		
FEV1/FVC	%	73.9	83.0	72.0*	87	-1.99	72.0	78.7	**69.9**	*		
PEF	L/s	6.63	8.81	3.33*	38	-4.13	3.33	**2.29**	**3.06**	*		
EVA	años		32	84	263		84	92	103			
FEF2575	L/s	2.48	3.90	1.64	42	-2.63	1.64	**1.86**	**1.09**			
FET	s		6.00	5.84	97		5.84	4.81	4.55			
FIVC	L	3.64	4.39									
FEV1/VC	%	73.9	83.0									

***Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1.16 0 °C (32 °F) - Teóricos NHANES III**

Informe médico

Firma

Instrumento usado
Spirolab S/N 900897

CENTRO MEDICO CESAT

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
CALLE 55 No. 93 COL. MIAMI C.P. 24115
TEL: 286.07.05 / 286.09.95 EXTS. 109/110

241022-15

CESAT

Secuencia 1744
Folio 241022-15
Paciente BENITO LARA TORRES *Ingreso* 24/10/2022 *Hora* 12:05hrs
Sexo HOMBRE *Edad* 32 años *Ayuno* 14 HORAS *Médico* FERNANDO TERÁN
Procedencia SERVICIOS INTEGRALES DU-FRA

Ciudad del Carmen, Campeche a lunes, 24 octubre, 2022

CITOMETRÍA HEMÁTICA	RESULTADO			VALOR REFERENCIA	
SERIE ROJA					
Eritrocitos	6.09	x 10^6/µL	H	4.38	5.77
Hemoglobina	17.70	gr/dL	H	12.00	16.00
Hematócrito	52.00	%	H	36.00	48.00
Volumen Corpuscular Medio	85.39	fL		80.00	95.50
Hemoglobina Corpuscular Media	29.06	pgr		27.20	33.50
Conc. Hemoglobina Corpus. Media	34.04	gr/dL		32.70	35.60
Ancho Distribución Eritrocitaria	13.10	%		10.00	20.00
SERIE PLAQUETARIA					
Plaquetas	261.00	x 10^3/µl		150	450
Volumen Plaquetario Medio	8.20	%		7.00	11.00
SERIE BLANCA					
Recuento Total de Leucocitos	11.20	x 10^3/µL		4.50	11.30

RECUENTO DIFERENCIAL	Porcentaje		Valores Referencia		Absolutos	Valores Referencia	
Neutrófilos	71%	H	30%	70%	7900	2250	8480
Linfocitos	25%		10%	42%	2800	900	4570
Monocitos	04%		01%	20%	500	0	1240

ATENTAMENTE

QFB. RAWY MANUEL UC FERRAEZ
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CAMPECHE
Ced. Prof.: 8040916

Centro Médico CESAT

CENTRO MEDICO CESAT

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
CALLE 55 No. 93 COL. MIAMI C.P. 24115
TEL: 286.07.05 / 286.09.95 EXTS. 109/110

241022-15

CESAT

Secuencia 1744
Folio 241022-15
Paciente BENITO LARA TORRES *Ingreso* 24/10/2022 *Hora* 12:05hrs
Sexo HOMBRE *Edad* 32 años *Ayuno* 14 HORAS *Médico* FERNANDO TERÁN
Procedencia SERVICIOS INTEGRALES DU-FRA

Ciudad del Carmen, Campeche a lunes, 24 octubre, 2022

ESTUDIO REALIZADO	RESULTADO			VALOR REFERENCIA	
ANÁLISIS GLUCOSA SANGUÍNEA					
Glucosa	114.00	mg/dL		70.00	120.00
PERFIL COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS					
Colesterol	296.00	mg/dL	H	<	200.00
Triglicéridos	463.00	mg/dL	H	<	150.00

Muestra Lipémica

Centro Médico CESAT

ATENTAMENTE

QFB. RAWY MANUEL UC FERRAEZ
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CAMPECHE
Ced. Prof.: 8040916

CENTRO MEDICO CESAT

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
CALLE 55 No. 93 COL. MIAMI C.P. 24115
TEL: 286.07.05 / 286.09.95 EXTS. 109/110

241022-15

CESAT

Secuencia 1744
Folio 241022-15
Paciente BENITO LARA TORRES *Ingreso* 24/10/2022 *Hora* 12:05hrs
Sexo HOMBRE *Edad* 32 años *Ayuno* 14 HORAS *Médico* FERNANDO TERÁN
Procedencia SERVICIOS INTEGRALES DJ-FRA

Ciudad del Carmen, Campeche a lunes, 24 octubre, 2022

ESTUDIO REALIZADO	RESULTADO	VALOR REFERENCIA
PERFIL 3 DROGAS		
Anfetaminas	No Reactivo	No Reactivo
Cocaina	No Reactivo	No Reactivo
Canabinoides (Marihuana)	No Reactivo	No Reactivo

ATENTAMENTE

QFB. RAWY MANUEL UC FERRAEZ
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CAMPECHE
Ced. Prof.: 8040916

Centro Médico
CESAT

CENTRO MEDICO CESAT

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
CALLE 55 No. 93 COL. MIAMI C.P. 24115
TEL: 286.07.05 / 286.09.95 EXTS. 109/110

241022-15

CESAT

Secuencia 1744
Folio 241022-15
Paciente BENITO LARA TORRES *Ingreso* 24/10/2022 *Hora* 12:05hrs
Sexo HOMBRE *Edad* 32 años *Ayuno* 14 HORAS *Médico* FERNANDO TERÁN
Procedencia SERVICIOS INTEGRALES DU-FRA

Ciudad del Carmen, Campeche a lunes, 24 octubre, 2022

EXAMEN GENERAL DE ORINA	RESULTADO			VALOR REFERENCIA	
EXAMEN FÍSICO					
Color	Amarillo			Amarillo Claro	
Aspecto	Límpido			Límpido	
Densidad	1.025			1.005	1.030
pH	6.00	U		5.00	9.00
EXAMEN QUÍMICO					
Leucocitos	Negativo	Leu/mL		Negativo	
Nitritos	Negativo			Negativo	
Glucosa	Negativo	mg/dL		Negativo	
Proteínas	Negativo	mg/dL		Negativo	
Cuerpos Cetónicos	Negativo	mg/dL		Negativo	
Sangre	Negativo	Eri/mL		Negativo	
Urobilinógeno	0.20	EU/dL		0.20	1.00
Bilirrubina	Negativo	mg/dL		Negativo	

OBSERVACIÓN EN SEDIMENTO URINARIO

Celulas Uretrales +
Bacterias +
Leucocitos de 1 a 5 por Campo

Centro Médico CESAT

ATENTAMENTE

QFB. RAWY MANUEL UC FERRAEZ
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CAMPECHE
Ced. Prof.: 8040916

MEDICINA LABORAL CARMEN SA DE CV.
"REGRESO A LA NUEVA NORMALIDAD"

La actualización y propagación de la pandemia por Coronavirus nos pone a todos a tomar medidas extraordinarias y estrictas respecto de nuestra salud y la de nuestras familias, en algunos centros trabajo de particulares y en algunas dependencias gubernamentales la OMS considera como una actividad de alto riesgo, solicitamos amablemente a todos nuestros trabajadores que completen y devuelvan este Certificado + Formulario de Contención y Prevención al llegar a la unidad médica en convenio. De igual manera platicamos a continuación sobre las medidas básicas para reducir la exposición y la transmisión de microorganismos, que incluyen: higiene minuciosa de las manos, cubrirse la nariz y la boca al toser y estornudar con un pañuelo o un codo flexionado (estornudo de etiqueta).

Apartado I / (llenado por el trabajador):

NOMBRE COMPLETO:	Benito Jose Torres	EDAD.	32
EMPRESA:	Dufra	PUESTO DE TRABAJO:	Conductor

Responde los siguientes 3 recuadros colocando SI o NO si has presentado en los últimos 7 días haya presentado al menos dos de los siguientes signos y síntomas:	TOS?	FIEBRE?	CEFALEA? Dolor de cabeza
	NO	NO	SIN D

Acompañadas de al menos uno de los siguientes signos o síntomas:	SI	NO
Disnea (Dificultad para respirar)?		NO
Artralgias (Dolores articulares)?		NO
Mialgias (Dolores musculares)?		NO
Odinofagia (Dolor al deglutir / Ardor laríngeo)?		NO
Rinorrea (Escurrimiento nasal)?	NO	
Conjuntivitis?		NO
Dolor Torácico?		NO
Diarrea?		NO
Pérdida de olfato o gusto?		NO

No.	CUESTIONARIO:	SI	NO
1	¿En los últimos 14 días, has viajado al extranjero, residido o viajado en áreas donde se encuentre activa la transmisión comunitaria por Coronavirus o en alguna ciudad donde haya casos activos de COVID-19? – en caso de que su respuesta sea "SI", especificar el lugar.		NO
2	¿Has estado en contacto estrecho con algún caso probable o confirmado de Coronavirus? ¿Conoces a alguien que haya sido CONFIRMADO como caso de Coronavirus?		NO
3	¿Has sido caso confirmado por COVID-19? –en caso de que su respuesta sea "SI" especifique por medio de qué prueba se lo detectaron.		NO
4	si su respuesta anterior fue positiva ¿Realizó acabo el aislamiento correspondiente? especifique si fue en su domicilio o si requirió hospitalización.		
5	En caso de saber un caso cercano por COVID-19 ¿Se realizaron prueba PCR que certifique que se encuentra negativo?		

Firma de enterado del trabajador: _____

Fecha: 24/06/20

Indicaciones para complementar con diagnóstico de COVID-19 (Sospechoso o confirmado) por un contacto con paciente de COVID-19:

- El colaborador del personal con el siguiente cuadro clínico [ ] sospechoso de COVID-19 deberá acudir a consulta [ ] Acudir con el equipo de protección personal asignado
- Durante los 14 días que se encuentre en aislamiento, los síntomas serán vigilados por el servicio de salud y apegarse a las indicaciones médicas
- Todo personal que tenga contacto con pacientes que cuenten con diagnóstico de COVID-19 deberá acudir a valoración médica por 21 días.
- El personal que tenga alguna de estas condiciones médicas con especial atención [ ] Diabetes [ ] Hipertensión [ ] Obesidad [ ] Cardiopatías [ ] Enfermedad pulmonar crónica [ ] Inmunosupresión [ ] Embarazo [ ] Mayor de 60 años, deberá acudir a consulta de manera inmediata para recibir atención especializada.

DUFRA
Soluciones para la Empresa

No. Documento:

CONSENTIMIENTO Y RENUNCIA DE DERECHOS PARA LA PRUEBA DE ALCOHOL Y DROGAS

Yo el abajo firmante, miembro de la tripulación a bordo de _____ *(nombre de la embarcación)*, por este medio doy mi consentimiento y cedo mis derechos para someterme a los exámenes de drogas (Multi Drug Screen Test) y de alcohol (Breathalyzer).

Se entiende que cualquier información obtenida de estas pruebas es confidencial y propiedad de **SERVICIOS INTEGRALES DU-FRA**

Se entiende que negarse a realizar las pruebas arriba mencionadas significa que soy positivo para alcohol y drogas peligrosas y prohibidas.

En vista de lo anterior, por este medio coloco mi firma en mi propia y libre voluntad.

Nombre: Benito Lara Torres **Compañía:** Dufra

Firma: **Categoría:** Operador

Favor de anotar cualquier medicamento que haya tomado en las últimas (2) semanas:

_____

_____

_____

LLENADO POR EL MEDICO:

RESULTADO: REACTIVO / NO REACTIVO / NULO

NOMBRE DE LA PERSONA QUE REALIZA LA PRUEBA: DR. FERNANDO TERAN FLORES.

DR. FERNANDO TERÁN FLORES
CED. PROF. 7044781

FECHA DE LA TOMA: 24/OCTUBRE/2022 24 OCT. 2022

LUGAR: CIUDAD DEL CARMEN, CAMPECHE.

CONSULTOR DE MEDICINA DEL TRABAJO
Y SALUD OCUPACIONAL

Rev.: 0	Fecha de Rev.: 10-Jun-13	Página: 1 de 1

F-MED-02

Este documento es propiedad de DUFRA y no puede ser copiado sin su autorización

CERTIFICATE

RelyOn Nutec
360° Safety

RelyOn Nutec de Mexico
FSS091014GK7-0013

Benito Lara Torres

Has attended and been successfully assessed against the Learning Outcomes of

T-BOSIET with CA-EBS.

(THUET Included)

OPITO Approved Course (CODE 5508)

Country Manager: Laura Rebeca Barrios Morales

28145508271022974589
Certificate Number

25.10.2022 - 27.10.2022
Course Training Dates

Instructor: Christian Heras Gallardo

26.10.2026
Expiry Date

Delegate has been assessed against and met the learning outcomes

FORMATO DC-3
CONSTANCIA DE COMPETENCIAS O DE HABILIDADES LABORALES

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre (Anotar apellido paterno, apellido materno y nombre (s))

LARA TORRES BENITO

Clave Única de Registro de Población	Ocupación específica (Catálogo Nacional de Ocupaciones)[1/]
L A T B 9 0 0 5 1 3 H C S R R N 0 4	03.4 INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO

Puesto*
OPERADOR

DATOS DELAEMPRESA

Nombre o razón social (En caso de persona física, anotar apellido paterno, apellido materno y nombre(s))

SERVICIOS INTEGRALES DU-FRA SC

Registro Federal de Contribuyentes con homoclave (SHCP)

S I D - 1 0 0 8 1 1 - 1 R 5

DATOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ADIESTRAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD

Nombre del curso
T-BOSIET WITH CA-EBS (T-BOSIET CON CA-EBS, OPITO)

Duración en horas	Periodo de ejecución:	Año	Mes	Día		Año	Mes	Día
24	De	2022	10	25	a	2022	10	27

Área temática del curso [2/]

6000

Nombre del agente capacitador o STPS [3/]

RELYON NUTEC DE MEXICO, SAPI DE C.V

Los datos se asientan en esta constancia bajo protesta de decir verdad, apercibidos de la responsabilidad en que incurre todo aquel que no se conduce con verdad.

Instructor o tutor	Patrón o representante legal [4/]	Representante de los trabajadores [5/]
CHRISTIAN HERAS GALLARDO	GINA GABRIELA FRAGOZO MARIN	EDUARDO GARCIA ZUÑIGA
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

INSTRUCCIONES

- Llenar a máquina o con letra de molde.
- Deberá entregarse al trabajador dentro de los veinte días hábiles siguientes al término del curso de capacitación aprobado.

1/ Las áreas y subáreas ocupacionales del Catálogo Nacional de Ocupaciones se encuentran disponibles en el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

2/ Lasáreas temáticas de los cursos se encuentran disponiblesen el reverso de este formato y en la página www.stps.gob.mx

3/ Cursos impartidos por el área competente de la Secretaria del Trabajo y Previsión Social.

4/ Para empresas con menos de 51 trabajadores. Para empresas con más de 50 trabajadores firmaría el representante del patrón ante la Comisión mixta de capacitación, adiestramiento y productividad.

5/ Solo para empresas con más de 50 trabajadores.

* Dato no obligatorio.

CLAVES Y DENOMINACIONES DE ÁREAS Y SUBÁREAS DEL CATÁLOGO NACIONAL DE OCUPACIONES

CLAVE DEL ÁREA/SUBÁREA	DENOMINACIÓN
01	Cultivo, crianza y aprovechamiento
01.1	Agricultura y silvicultura
01.2	Ganadería
01.3	Pesca y acuacultura
02	Extracción y suministro
02.1	Exploración
02.2	Extracción
02.3	Refinación y beneficio
02.4	Provisión de energía
02.5	Provisión de agua
03	Construcción
03.1	Planeación y dirección de obras
03.2	Edificación y urbanización
03.3	Acabado
03.4	Instalación y mantenimiento
04	Tecnología
04.1	Mecánica
04.2	Electricidad
04.3	Electrónica
04.4	Informática
04.5	Telecomunicaciones
04.6	Procesos industriales
05	Procesamiento y fabricación
05.1	Minerales no metálicos
05.2	Metales
05.3	Alimentos y bebidas
05.4	Textiles y prendas de vestir
05.5	Materia orgánica
05.6	Productos químicos
05.7	Productos metálicos y de hule y plástico
05.8	Productos eléctricos y electrónicos
05.9	Productos impresos
06	Transporte
06.1	Ferroviario
06.2	Autotransporte
06.3	Aéreo
06.4	Marítimo y fluvial
06.5	Servicios de apoyo
07	Provisión de bienes y servicios
07.1	Comercio
07.2	Alimentación y hospedaje
07.3	Turismo
07.4	Deporte y esparcimiento
07.5	Servicios personales
07.6	Reparación de artículos de uso doméstico y personal
07.7	Limpieza
07.8	Servicio postal y mensajería
08	Gestión y soporte administrativo
08.1	Bolsa, banca y seguros
08.2	Administración
08.3	Servicios legales
09	Salud y protección social
09.1	Servicios médicos
09.2	Inspección sanitaria y del medio ambiente
09.3	Seguridad social
09.4	Protección de bienes y/o personas
10	Comunicación
10.1	Publicación
10.2	Radio, cine, televisión y teatro
10.3	Interpretación artística
10.4	Traducción e interpretación lingüística
10.5	Publicidad, propaganda y relaciones públicas
11	Desarrollo y extensión del conocimiento
11.1	Investigación
11.2	Enseñanza
11.3	Difusión cultural

CLAVES Y DENOMINACIONES DEL CATÁLOGO DE ÁREAS TEMÁTICAS DE LOS CURSOS

CLAVE DEL ÁREA	DENOMINACIÓN
1000	Producción general
2000	Servicios
3000	Administración, contabilidad y economía
4000	Comercialización
5000	Mantenimiento y reparación
6000	Seguridad
7000	Desarrollo personal y familiar
8000	Uso de tecnologías de la información y comunicación
9000	Participación social

LAST 3 YEARS KPIS

Ulti

KPI	2019	
Fatal Incident Rate (FAR)	0	
Los Time Injuries Frequency (LTIF)	0	
Total Recordable Case Frequency (TRCF)	0	
Total Recordable Occupational Illness Frequency (TROIF)	0	
Loss of Primary Containment (LOPC) i.e. chemical or gas or oil spill	0	
Training Records	36	
HSE Plans	1	
Legal non-compliance	0	

CLEA
ENERGY SERVIC
R.F.C
Av. Lauro
Col. Las
H