

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



IPS NORMEDIC SAS  
NIT: 901612535-3



**CONDUCTOR DE VEHÍCULOS**  
Certificado de aptitud: 1020402864-4197

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y Lugar:** 18 feb. 2025 - BELLO  
**Paciente:** ROBINSON FELIPE ARANGO ORTEGA  
**Género** MASCULINO **Edad:** 38  
**Fecha Nacimiento:** 25/12/1986  
**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE  
**Dirección** BELLO  
**Escolaridad:** SECUNDARIA  
**Empresa** TRANSPORTES SUPERIOR S.A.S  
**Misión/Contrato/**  
**Centro de Costo:** TRANSPORTES SUPERIOR S.A.S

**Tipo de Examen:** INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR  
**Identificación:** 1020402864  
**Teléfono** Móvil: 3246475745  
**Cargo:** CONDUCTOR  
**EPS:** SURAMERICANA.  
**ARL:** NO REPORTA  
**AFP:** NO REPORTA

**AREA:** No Reporta

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

### PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (CONDUCTOR)

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. sus movimientos son normales y coordinados. LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR EL CANDIDATO EN LAS PRUEBAS PSICOSENSOMETRICAS SON FAVORABLES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.

### AUDIOMETRIA

1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO

### OPTOMETRIA

CONTROL 1 Año

### MEDICINA OCUPACIONAL

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FÍSICA 3 VECES POR SEMANA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.. ASISTIR A LAS CAPACITACIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROGRAMADAS POR LA EMPRESA. CARGA Y DESPLAZAMIENTO DE PESO PARA MUJERES DE 12.5 KG PARA LEVANTAR Y HASTA 25 KG PARA CARGA Y DESPLAZAMIENTO, DEBE TENER INDUCCIÓN SOBRE MANEJO DE CARGA Y POSICIONES PREVIA REALIZACIÓN DE TAREAS ASIGNADAS. MANTENGA BUENOS HÁBITOS DE HIGIENE. EVITE EL CONSUMO DE LICOR Y CIGARRILLO. REALICE EJERCICIO MÍNIMO 3 VECES A LA SEMANA

## CONCEPTO LABORAL

**CUMPLE CON PARÁMETROS DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ, PARA SEGURIDAD VIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 0217/2014 DE MIN TRANSPORTE.**

**PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO ACTUALMENTE SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES**

### Observaciones:

\*RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: 1. CUMPLE CON PARÁMETROS DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ, PARA SEGURIDAD VIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 0217/2014 DE MIN TRANSPORTE.

2. EL PROGRAMA DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN DE LA EMPRESA DEBE INCLUIR CONOCIMIENTO POR LOS TRABAJADORES DE LAS MEDIDAS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD CONVIVIENDO CON LOS FACTORES DE RIESGO, QUE REVERTIRÁ EN DESEMPEÑO SEGURO DE LA OCUPACIÓN.

3. REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACIÓN DE SUS LABORES

4. EL TRABAJADOR SIEMPRE UTILIZARÁ LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PERTINENTES PARA REALIZAR EL OFICIO, LOS CUALES DEBEN SER APORTADOS POR EL EMPLEADOR.

5. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, CONDUCTAS ANTISEDENTARIAS, NUTRICIÓN BALANCEADA Y PESO CORPORALADECUADO.

6. CUMPLIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD OCUPACIONAL POR PARTE DEL EMPLEADOR Y DEL EMPLEADO.

7. SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD VIAL

6. VERIFIQUE CONDICIONES DEL VEHICULO PREVIAMENTE AL USO, RESPETE LA NORMAS DE TRANSITO, RECUERDE MANTENER LA DISTANCIA DE SEGURIDAD, USE SIEMPRE EL CINTURÓN DE SEGURIDAD, RESPETE LOS LÍMITES DE VELOCIDAD, EVITE INGERIR ALIMENTOS, NO FUMAR CONDURIENDO, IDENTIFIQUE CUALQUIER PELIGRO FÍSICO, NO REALICE DESPLAZAMIENTOS DEL VEHICULO CON PUERTAS O COMPUERTAS ABIERTA, NI CON PERSONAL AGARRADO EN ALGUN EXTREMO.

7. INFORME OPORTUNAMENTE CAMBIOS EN SUS CONDICIONES DE SALUD A SUS SUPERVISORES, CONSERVE POSTURAS ERGONÓMICAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS.

8. NO CONDUZCA SI HA INGERIDO ALGUN TIPO DE LICOR.

9. SEGUIR ESTRICTEMENTE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DEL SG-SST DE LA EMPRESA.

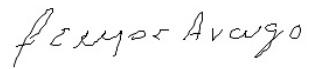
\*\*EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VÉRICO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZÓN FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DILIGENCIA ENCUESTA DE ESTADO DE SALUD\*\*\*

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		

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2007, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto médico de aptitud laboral.'



Médico Especialista en Salud Laboral  
JUAN C ARLOS MOSQUERA IBARGUEN  
1020394047 2021060007758



Firma y cédula del Paciente  
ROBINSON FELIPE ARANGO ORTEGA  
1020402864