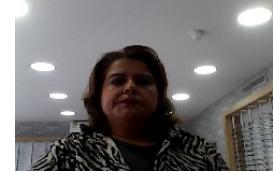


CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



901334492-2
LSO. RES. N° 23820 del



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 43686654-262277

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 22/03/2024 MEDELLIN
Paciente: DIANA LUCIA CORREA POSADA
Género: FEMENINO **Edad:** 48
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: CL 128 SUR 51 33
Empresa: TRANSRUMBO GROUP SAS -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 43686654
Teléfono:
Cargo: GESTION HUMANA
EPS: SURAMERICANA.
Escolaridad: UNIVERSITARIO

Móvil: 3007760600

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

TAMIZAJE VISUAL

ALTERACION PARA VISION PROXIMA MODERADA SIN CORRECCION QUE NO INTERFERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO USO SEGUN ACTIVIDADES PROPIAS DE SU LABOR

EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

PARA DEFINIR EL CONCEPTO DE APTITUD LABORAL, SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR, SE HAN TENIDO EN CUENTA TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES, SE EMITIERON OBSERVACIONES SEGUN LOS HALLAZGOS PRESENTES AL MOMENTO DE LA ATENCION POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN SST. ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA LAS OBSERVACIONES EMITIDAS POR EL (LOS) ESPECIALISTA(S) EN CASO DE QUE SE PRESENTEN. SE RECOMIENDA EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN CORRESPONDAN, AL CARGO Y/O LABOR DEL EMPLEADO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGUN PROGRAMA DE LA EMPRESA, ADOPTAR ADECUADA HIGIENE POSTURAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, INDUCCIONES PROPIAS PARA EL CARGO A REALIZAR, REPORTE OPORTUNO ACCIDENTES O EVENTOS DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO., RECOMENDAMOS REALIZAR ACTIVIDADES LABORALES ADOPTANDO UNA ADECUADA POSTURA EN TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES, DURANTE LA EJECUCION DE LA LABOR EVITAR ACCIONES IMPRUDENTES QUE PONGAN EN RIESGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL.. ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES,INFERIORES,COLUMNA VERTEBRAL), DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACION POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICIÓN EN EPS., CONTROL POR PROGRAMA DE CRONICOS EN LA EPS., USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION VISUAL SEGUN INDICACIONES EVALUACION VISUAL PARA SU JORNADA LABORAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES, SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR LABOR.

Observaciones: PATOLOGIA CRONICA CONTROLADA Y ALTERACION DE PESO, SE DAN RECOMENDACIONES NUTRICIONALES POR ALTERACION DEL PESO QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, DICHA ALTERACION CONSTITUYE UN FACTOR DE RIESGO PARA MANIFESTACION DE PATOLOGIAS CARDIOVASCULARES Y OSTEOMUSCULARES EN ZONAS COMO COLUMNA VERTEBRAL Y RODILLAS SE RECOMIENDA CONTROL EN HABITOS DE VIDA COMO ALIMENTACION Y EJERCICIO, SEGUIMIENTO NUTRICIONAL Y CARDIOVASCULAR EN SU EPS.RECOMENDACIONES VISUALES QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION PARA LABORES DE PRECISION SEGUN EVALUACION VISUAL.

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: ** REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMICAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADAS POR MALAS POSTURAS, TENER EN CUENTA: AJUSTAR LA ALTURA DE LA SILLA Y DEL MONITOR MANTENIENDOLO A MINIMO 40 CM DE DISTANCIA Y JUSTO ENFRONTE DE NOSOTROS; EL TECLADO Y EL RATÓN DEBEN ESTAR AL ALCANCE Y CON ESPACIO SUFFICIENTE PARA MANIPULACION CÓMODA; APOYAR LOS PIES TOTALMENTE EN EL SUELLO O UTILIZAR REPOSAPIÉS; APOYAR TOTALMENTE LA ESPALDA EN EL RESPALDO DE LA SILLA; MINIMIZAR LOS REFLEJOS PARA EVITAR LA FATIGA VISUAL, ASISTA A CAPACITACIONES Y/O FORMACIONES DE LA EMPRESA, INFORME EL DESCONOCIMIENTO DE ALGUNA TAREA O PROGRAMA INFORMATICO, DEDICAR TIEMPO PARA FAMILIARIZARSE CON LAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO; REALICE PAUSAS ACTIVAS ESTIRAMIENTO, COLUMNA, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES Y OJOS, SEGUN PROGRAMA DE PAUSA EN LA EMPRESA.

NOTA ACLARATORIA

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
CARDIOVASCULAR	SE SUGIERE CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO, SEGUIMIENTO DE CONTROL POR ALTERACIONES CRONICAS.	PPyP
VISUAL	USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION VISUAL SEGUN PRESCRIPCION EN JORNADA LABORAL, ACTUALIZAR FORMULA ANUALMENTES, USO DE GAFAS DE PROTECCION OCULAR EN AMBIENTE LABORAL SEGUN SE REQUIERA.	PPyP
NUTRICIONAL	CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO , ALIMENTACION BALANCEADA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.	PPyP

Información de Remisiones

NUTRICION REQUIERE VALORACION POR EPS, CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO POR ALTERACION DEL PESO

Recomendaciones al Empleador

- Realizar inducción de acuerdo al cargo a desempeñar.
- Capacitación y entrenamiento de prevención de los riesgo según su ocupación.
- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Incluir al trabajador en los sistemas de vigilancia epidemiológica que requiera (Conservación Auditiva, Riesgo cardiovascular, Riesgo Biomecánico, Biológico, muscular, Respiratorio y Visual).
- Evaluar los esquemas de vacunación para enfermedades inmunoprevenibles.
- Verificar en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador

Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y/o paraclínicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de la prueba. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizará el o los exámenes. Fui informado de las medidas que tomará la IPS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibi copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este examen están completas y son verídicas. Autorizo a la IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el bien cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remita la historia clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados ante mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento:



Yainis Castro B.
YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS
MEDICO ESPECIALISTA SST
LIC 2018060031139

Médico Especialista en Salud Laboral
 YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS
 LIC S.O 031139 031139

Firma y cédula del Paciente
 DIANA LUCIA CORREA POSADA
 43686654