

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



901334492-2  
LSO. RES. N° 23820 del



## CONDUCTOR DE VEHÍCULOS Certificado de aptitud: 71611511-340805

### INFORMACIÓN GENERAL

<b>Fecha y Lugar:</b>	11/09/2025 MEDELLIN	<b>Tipo de Examen:</b>	PREINGRESO PARA CONDUCTORES	
<b>Paciente:</b>	FABIO CARMONA VALENCIA	<b>Identificación:</b>	71611511	
<b>Género:</b>	MASCULINO	<b>Edad:</b>	63	
<b>Estado Civil:</b>	CASADO(A)	<b>Teléfono:</b>	3022409415	<b>Móvil:</b> 3022409415
<b>Dirección:</b>	CARRERA 37 #39B SUR 63 BARRIO MESA ENVIGADO	<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR	
<b>Empresa:</b>		<b>EPS:</b>	SURAMERICANA.	
		<b>Escolaridad:</b>	TECNOLÓGICO	
<b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b>	TRANSRUMBO GROUP SAS			

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>PSICOSENSOMETRICO-</b>	CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL, BUEN SEGUIMIENTO Y EJECUCIÓN DE INSTRUCCIONES
<b>AUDIOMETRIA TAMIZ</b>	CAPACIDAD AUDITIVA ACTUAL NORMAL, ADECUADA PARA EL CARGO; 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN AMBIENTES CON RUIDO SEGÚN GUÍAS DE MANEJO DE LA EMPRESA.
<b>VISIOMETRIA TAMIZ</b>	ALTERACION VISUAL LEJANA MODERADA CON CORRECCION QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO COMO CONDUCTOR SEGÚN LEY 769 DE 2002 DEL MINISTERIO DE TRANSPORTE USO DE CORRECCION VISUAL OBLIGATORIA SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL
<b>EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR</b>	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., PRESENTA CONDICIÓN VISUAL QUE REQUIERE USO DE LENTES SEGÚN OPTOMETRÍA Y CONTROL PERIÓDICO. SE RECOMIENDA AJUSTE ERGONÓMICO ANTE EXPOSICIÓN PROLONGADA A PANTALLAS Y/O USO DE LENTES DE SEGURIDAD SEGÚN LABORES., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA., CONTROL POR PROGRAMA DE CRONICOS EN LA EPS., 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.. * NO CASO SEGUN CLASIFICACION GATISST ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES.
<b>PRUEBA DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	SE REALIZÓ, SIN ALTERACIÓN.
<b>TRIGLICERIDOS</b>	SE REALIZO, SIN ALTERACION
<b>GLICEMIA EN AYUNAS</b>	SE REALIZO, SIN ALTERACION
<b>COLESTEROL TOTAL</b>	SE REALIZO, SIN ALTERACION

### CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA SEGURIDAD VIAL  
PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES, SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO**

Observaciones: PRESENTA ALTERACION VISUAL QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION PARA LABORES DE PRECISION SEGÚN EVALUACION VISUAL, USO SEGÚN NECESIDAD. PRESENTA PATOLOGIA CARDIOVASCULAR CRONICA, CIFRAS TENSIONALES CONTROLADAS, Y TUMORAL UROLOGICA, MANEJADA QUIRURGICAMENTE EN 2021, EN SEGUIMIENTO POR ONCOLOGIA ANUAL, SIN SECUELAS, NO PRESENTA HISTORIA CLINICA, NIEGA TENER RESTRICCIONES O RECOMENDACIONES LABORALES, QUE NO INTERFIERE PARA SU DESEMPEÑO EN EL CARGO, CONTINUAR EN MANEJO POR EPS..

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: REPORTAR DE INMEDIATO CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA REALIZACIÓN DE SUS LABORES. VERIFICAR LAS CONDICIONES DEL VEHÍCULO ANTES DE SU USO PARA GARANTIZAR SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO Y SEGURIDAD. RESPETAR TODAS LAS NORMAS DE TRÁNSITO, MANTENER SIEMPRE LA DISTANCIA DE SEGURIDAD Y USAR EL CINTURÓN DE SEGURIDAD EN TODO MOMENTO. CUMPLIR LOS LIMITES DE VELOCIDAD Y EVITAR DISTRACCIONES COMO INGESTA DE ALIMENTOS O FUMAR MIENTRAS CONDUCE. IDENTIFICAR Y REPORTAR CUALQUIER PELIGRO FÍSICO QUE PUEDA COMPROMETER LA SEGURIDAD. NO DESPLAZAR EL VEHÍCULO CON PUERTAS O COMPUERTAS ABIERTAS, NI PERMITIR QUE EL PERSONAL SE AGARRE DE ALGÚN EXTREMO DURANTE SU MOVIMIENTO. INFORMAR OPORTUNAMENTE A LOS SUPERVISORES SOBRE CUALQUIER CAMBIO EN SU ESTADO DE SALUD QUE PUEDA AFECTAR SU DESEMPEÑO. MANTENER UNA POSTURA ERGONÓMICA ADECUADA PARA PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES PROVOCADAS POR MALAS POSTURAS. BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA CONDUCIR SI HA INGERIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS O SUSTANCIAS QUE ALTEREN SU CAPACIDAD DE REACCIÓN.\*\*.CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR LA EDAD DEL TRABAJADOR: ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA QUE, AUNQUE EL EXAMEN CLÍNICO OCUPACIONAL NO EVIDENCIE LIMITACIONES FUNCIONALES QUE PUEDAN AFECTAR EL DESEMPEÑO DE SU OCUPACIÓN, SE TRATA DE UN ADULTO MAYOR QUE PODRÍA PRESENTAR UNA MERMA GLOBAL DE SU CAPACIDAD DE TRABAJO ASOCIADA A SU EDAD. POR LO TANTO, ES FUNDAMENTAL VERIFICAR, DURANTE EL DESARROLLO DE SU TRABAJO, QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN SUS CAPACIDADES FISICAS Y MENTALES. ESTO IMPLICA EVALUAR REGULARMENTE LA ADAPTABILIDAD DEL TRABAJADOR A LAS LABORES ASIGNADAS, ASEGURÁNDOSE DE QUE NO SE SOMETE A UN NIVEL DE EXIGENCIA QUE COMPROMETA SU SALUD O SEGURIDAD. ASIMISMO, SE DEBEN CONSIDERAR MEDIDAS PREVENTIVAS, COMO PROPORCIONAR CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO ADECUADOS EN TEMAS DE SEGURIDAD, OFRECER PAUSAS Y DESCANSOS, Y ADAPTAR EL ENTORNO DE TRABAJO PARA REDUCIR POSIBLES RIESGOS O EXIGENCIAS EXCESIVAS.

**NOTA ACLARATORIA**

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaría 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		
<b>Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)</b>		
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
CARDIOVASCULAR	SE SUGIERE CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO, SEGUIMIENTO DE CONTROL POR ALTERACIONES CRONICAS.	PPyP
SEGURIDAD VIAL	CUMPLIR LOS REQUERIMIENTOS QUE LAS DISPOSICIONES DE SEGURIDAD VIAL ESTABLECIDOS, IMPLEMENTA ESTRATEGIAS DE LA CONCIENTIZACION A LOS TRABAJADORES, A TRAVÉS DE CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES ENFOCADAS A LA CORTESÍA Y RESPECTO POR LAS SEÑALES DE TRÁNSITO.	PPyP

**Información de Remisiones**

NO

**Recomendaciones al Empleador**

- Realizar inducción de acuerdo al cargo a desempeñar.
- Capacitación y entrenamiento de prevención de los riesgos 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 realizara el o los exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la IPS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí 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 buen 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 encuentra 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:



  
SERGIO LEON LONDOÑO VALLEJO  
MÉDICO ESPECIALISTA SST  
LIC 085673-13/7/2022  
REG. MD 1035864606  
CC 1035864606

Médico Especialista en Salud Laboral  
SERGIO LEON LONDOÑO VALLEJO  
LSST 085673-13/7/22



Firma y cédula del Paciente  
FABIO CARMONA VALENCIA  
71611511

