

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



901334492-2  
LSO. RES. N° 23820 del



## CONDUCTOR DE VEHÍCULOS

Certificado de aptitud: 71688826-292145

### INFORMACIÓN GENERAL

**Fecha y Lugar:** 29/10/2024 MEDELLIN  
**Paciente:** EDILSON ALBEIRO VARGAS GARCIA  
**Género** MASCULINO **Edad:** 57  
**Estado Civil:** CASADO(A)  
**Dirección** CL 39 D 115 B 39  
**Empresa** TRANSRUMBO GROUP SAS -

**Tipo de Examen:** INGRESO PARA CONDUCTORES  
**Identificación:** 71688826  
**Teléfono** 3207863258 **Móvil:**  
**Cargo:** CONDUCTOR  
**EPS:** SURAMERICANA.  
**Escolaridad:** SECUNDARIA

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOSENSOMETRICO-	CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL, EXCELENTE SEGUIMIENTO Y EJECUCIÓN DE INSTRUCCIONES.
AUDIOMETRIA TAMIZ	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 GUIAS DE MANEJO DE LA EMPRESA.
VISIOMETRIA TAMIZ	ALTERACION PARA VISION PROXIMA MODERADA CON CORRECCION QUE NO INTERFERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO USO DE CORRECCION SEGUN ACTIVIDADES PROPRIAS 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 PROPRIAS PARA EL CARGO A REALIZAR, REPORTE OPORTUNO ACCIDENTES O EVENTOS DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO., USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION VISUAL SEGUN INDICACIONES EVALUACION VISUAL PARA SU JORNADA LABORAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACION POR NUTRICION EN EPS., DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS. EVITAR AZUCARES PROCESADOS Y ALIMENTOS RICOS EN CARBOHIDRATOS, 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 SUSCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES.
PRUEBA DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	SE REALIZO, SIN ALTERACION.
TRIGLICERIDOS	SE REALIZO, CON ALTERACION
GLICEMIA EN AYUNAS	SE REALIZO, SIN ALTERACION
COLESTEROL TOTAL	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: CON ALTERACION VISUAL CORREGIDA DE VISION PROXIMA QUE NO INTERFERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. RECOMENDACIONES METABOLICAS, PRESENTA TRASTORNO DE LIPIDOS LEVE QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, NO ASOCIADO A VERTIGO NI MAREO, CONTROL MANEJO EN EPS. 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

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: \*\* REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDEDE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES, VERIFIQUE CONDICIONES DEL VEHICULO PREVIAMENTE AL USO, RESPETE LA NORMAS DE TRANSITO, RECUERDE MANTENER LA DISTANCIA DE SEGURIDAD, USE SIEMPRE EL CINTURON DE SEGURIDAD, RESPETE LOS LIMITES DE VELOCIDAD, EVITE INGERIR ALIMENTOS, NO FUMAR CONDURIENDO, IDENTIFIQUE CUALQUIER PELIGRO FISICO, NO REALICE DESPLAZAMIENTOS DEL VEHICULO CON PUERTAS O COMPUERTAS ABIERTA, NI CON PERSONAL AGARRADO EN ALGUN EXTREMO, INFORME OPORTUNAMENTE CAMBIOS EN SUS CONDICIONES DE SALUD A SUS SUPERVISORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMICAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADAS POR MALAS POSTURAS, NO CONDUZCA SI HA INGERIDO ALGUN TIPO DE LICOR.

#### 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		
Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)		
NUTRICIONAL	CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO , ALIMENTACION BALANCEADA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.	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

SEGURIDAD VIAL

CUMPLIR LOS REQUERIMIENTOS QUE LAS DISPOSICIONES DE SEGURIDAD  
VIAL ESTABLECIDOS,IMPLEMENTA ESTRATEGIAS DE LA CONCIENTIZACIÓN A  
LOS TRABAJADORES, A TRAVÉS DE CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES  
ENFOCADAS A LA CORTESIA Y RESPECTO POR LAS SEÑALES DE TRÁNSITO.

PPyP

### Información de Remisiones

NUTRICION

REQUIERE VALORACION POR EPS, CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO POR ALTERACION DEL PESO  
CORPORAL TIPO OBESIDAD GRADO I

MÈDICINA GENERAL EPS

PRESENTA TRANSTORNO DE TRIGLICERIDOS QUE REQUIERE CONTROL EN EPS

### 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 Biomecanico, 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. 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:



SÉRGIO LEON LONDOÑO VALLEJO  
MEDICO ESPECIALISTA SST  
LIC 2022060085673

Médico Especialista en Salud Laboral  
SERGIO LEON LONDOÑO VALLEJO  
LIC SST 202206008567 LIC SST 2

Firma y cédula del Paciente  
EDILSON ALBEIRO VARGAS GARCIA  
71688826