

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



901334492-2
LSO. RES. N° 23820 del

CONDUCTOR DE VEHÍCULOS
Certificado de aptitud: 98630310-266013



INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	18/04/2024	MEDELLÍN	Tipo de Examen:	INGRESO PARA CONDUCTORES
Paciente:	IVAN DARIO CORREA HERRERA		Identificación:	98630310
Género:	MASCULINO	Edad: 46	Teléfono:	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE		Cargo:	CONDUCTOR
Dirección:	CL 69 B 57 81		EPS:	SURAMERICANA.
Empresa:	TRANSRUMBO GROUP SAS -		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 VISUAL LEJANA LEVE CON CORRECCION QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO USO DE CORRECCION USO DE CORRECCION SEGÚN 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., USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION VISUAL SEGUN INDICACIONES EVALUACION VISUAL PARA SU JORNADA LABORAL, DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS., PRESENTA DEFICIT EN PARED ABDOMINAL QUE NO LIMITA SU CAPACIDAD PARA EL CARGO, SE RECOMIENDA CONTROL POR MEDICINA GENERAL EN EPS, EVITAR MOVILIZACION DE CARGAS SUPERIORES 25 KG CON AMBAS MANOS, INDUCCION SOBRE MANEJO ADECUADO DE CARGAS.
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: PRESENTA TRASTORNO DE LÍPIDOS LEVE Y PEQUEÑO DEFECTO DE PARED ABDOMINAL ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DEL EXAMEN QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, NO ASOCIADO A VERTIGO NI MAREO, CONTROL MANEJO EN EPS. CON ALTERACION VISUAL LEVE NO CORREGIDA DE VISIÓN LEJANA QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

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		
Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)		
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.	SVE
SEGURIDAD VIAL	CUMPLIR LOS REQUERIMIENTOS QUE LAS DISPOSICIONES DE SEGURIDAD VIAL ESTABLECIDOS, IMPLEMENTA ESTRATEGIAS DE LA CONCIENCIACIÓN A LOS TRABAJADORES, A TRAVÉS DE CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES ENFOCADAS A LA CORTESÍA Y RESPECTO POR LAS SEÑALES DE TRÁNSITO.	SVE

Información de Remisiones

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 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 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:




LAURA GIGLIOLA LONDOÑO VALLEJO
MÉDICO ESPECIALISTA SST
LIC 2022060375542

Médico Especialista en Salud Laboral
LAURA GIGLIOLA LONDOÑO VALLEJO
LICSST 2022060375542 LICST 20



Firma y cédula del Paciente
IVAN DARIO CORREA HERRERA
98630310