

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



901334492-2  
LSO. RES. N° 23820 del



## CONDUCTOR DE VEHÍCULOS

Certificado de aptitud: 98699107-334861

## INFORMACIÓN GENERAL

**Fecha y Lugar:** 31/07/2025 MEDELLIN  
**Paciente:** ERLYN VALENCIA VELASQUEZ  
**Género** MASCULINO **Edad:** 43  
**Estado Civil:** SOLTERO(A)  
**Dirección** Cra 49b # 110-24

**Tipo de Examen:** PREINGRESO PARA CONDUCTORES  
**Identificación:** 98699107  
**Teléfono**  
**Cargo:** CONDUCTOR  
**EPS:** NO REPORTA  
**Escolaridad:** SECUNDARIA  
**Móvil:** 3194476402

### Empresa

**Misión/Contrato/** TRANSRUMBO GROUP SAS -  
**Centro de Costo:**

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

### PSICOSENSOMETRICO-

CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL, BUEN SEGUIMIENTO Y EJECUCIÓN DE INSTRUCCIONES. SIN TRASTORNOS NEUROPSICOLOGICOS Y/ EMOCIONALES QUE INTERFERAN CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. SE EVIDENCIA BUENA LÓGICA ABSTRACTA Y DE SEMEJANZAS, BUENA CAPACIDAD COMUNICATIVA EN CUANTO AL VÍNCULO SOCIAL, PERSONA CON BUENAS APTITUDES PSICOLÓGICAS, BUENA OPERACIÓN DE SUS FUNCIONES EJECUTIVAS.

### 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.

### VISIONMETRIA TAMIZ

SIN ALTERACION VISUAL ACTUAL QUE INTERFERIA CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. CONTROL ANUAL

### EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOUSCULAR

PARA DEFINIR EL CONCEPTO DE APTITUD LABORAL, SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOUSCULAR, 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 PROTECCIÓN 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 PROPATAS 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., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.. \* NO CASO SEGUN CLASIFICACION GATISST ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOUSCULARES SUCETIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES.

### PRUEBA DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SE REALIZÓ, SIN ALTERACIÓN.

### TRIGLICERIDOS

SE REALIZO, SIN 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 ACTUALMENTE SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES.**

Observaciones: PRESENTA MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO EN 2018 , QUE EN EL MOMENTO NO PRESENTA COMPLICACIONES PARA DEL DESEMPEÑO DEL CARGO, ACTUALMENTE NO REFIERE DOLOR O LIMITACIONES FUNCIONALES, NIEGA TENER RESTRICCIONES O RECOMENDACIONES LABORALES, EN CASO DE PRESENTAR SINTOMAS DEBE ACUDIR A SU ENTIDAD DE SALUD.

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 LÍMITES 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 ALGUN 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.

### 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)**

**Información de Remisiones**

NO

**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:



Sergio Leon Londoño Vallejo  
MEDICO 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  
ERLYN VALENCIA VELASQUEZ  
98699107