

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



901334492-2
LSO. RES. N° 23820 del

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 98708739-228455



INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 22/07/2023 MEDELLIN
Paciente: NELSON CAMILO MARTINEZ OSPINA
Género: MASCULINO **Edad:** 39
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: CR 65 25 A 33
Empresa: TRANSRUMBO GROUP SAS -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 98708739
Teléfono: 3026374475 **Móvil:**
Cargo: AUXILIAR DE CONDUCTOR
EPS: SURAMERICANA.
Escolaridad: SECUNDARIA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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 GUÍAS DE MANEJO DE LA EMPRESA.
TAMIZAJE VISUAL	SIN ALTERACION VISUAL ACTUAL QUE INTERFIERA CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. CONTROL ANUAL
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.
PRUEBA DE MARIHUANA Y COCAINA	SE REALIZO, CON ALTERACION.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CON RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO,,

Observaciones: PRESENTA PRUEBAS DE LABORATORIO ALTERADAS, QUE LIMITAN CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, NO CUMPLE CON PERFIL PROFESIOGRAFICO PARA EL DESEMPEÑO DE LABOR. AL MOMENTO DE LA CONSULTA MÉDICA PRESENTA RESTRICCIÓN(ES) QUE LIMITAN SU CAPACIDAD PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO. EN LA EVENTUALIDAD QUE ESTA(S) SEA(N) SUBSANABLE(S) TENDRÁ UN PLAZO MÁXIMO DE CUATRO (4) SEMANAS PARA PRESENTAR LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES. UNA VEZ CUMPLIDO EL TÉRMINO NO SE PODRÁN REALIZAR ADICIONES AL CONCEPTO DE APTITUD LABORAL.

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: -** REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS, RECIBIR INDUCCION Y/O REINDUCCION SOBRE EL MANEJO ADECUADO DE CARGAS, RECUERDE SIEMPRE ADOPTAR POSTURA ADECUADA PARA LEVANTAMIENTOS DE PESO, REALICE AGARRE FIRME, LEVANTAMIENTOS SUAVES, EVITE GIROS, LA CARGA SIEMPRE DEBE IR PEGADA AL CUERPO, COLOCAR LOS PIES SEPARADOS PROPORCIONA ESTABILIDAD PARA EL LEVANTAMIENTO, APOYAR LOS PIES TOTALMENTE EN EL SUELO; LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL, SON UN COMPONENTES ESENCIALES PARA GARANTIZAR SU SEGURIDAD, USELOS CORRECTAMENTE, REALICE PAUSAS ACTIVAS ESTIRAMIENTO, COLUMNA, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, SEGUN PROGRAMA DE PAUSA EN LA EMPRESA, RECUERDE SIEMPRE SOLICITAR AYUDA A OTRAS PERSONAS SI EL PESO DE LA CARGA ES EXCESIVO O SE DEBEN ADOPTAR POSTURAS INCÓMODAS DURANTE EL LEVANTAMIENTO, EN RELACIÓN CON LA ROTACIÓN O VARIACIÓN DE TAREAS, ALTERNAR LOS PERIODOS DE TRABAJO FÍSICO MODERADO/ALTO CON OTROS EN LOS QUE NO LOS HAYA DE TAL MANERA QUE ESTAS DEMANDAS FÍSICAS NO COMPROMETAN A LOS MISMOS SEGMENTOS CORPORALES APLICA PARA TODAS AQUELLAS LABORES QUE ESTEN DEFINIDAS COMO MOVIMIENTOS REPETITIVOS, SOLICITE CAPACITACION SI DESCONOCE EL CORRECTO MANEJO DE LA DIFERENTE MAQUINARIA QUE ESTAN EN SU PUESTO DE TRABAJO, INFORME NOVEDADES EN EL FUNCIONAMIENTO.

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
TOXICOLOGICO	N	PRESENTA PRUEBAS DE LABORATORIO ALTERADAS, QUE LIMITAN CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, NO CUMPLE CON PERFIL PROFESIOGRAFICO PARA EL DESEMPEÑO DE LABOR.
Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)		
PSICOSOCIAL	CONTROL Y MANEJO DE ADICCIONES (TABACO- ALCOHOL-SUSTANCIAS PSICO-ESTIMULANTES)	PPyP
Información de Remisiones		
MÉDICA GENERAL EPS	PRESENTA ALTERACION EN PRUEBA TOXICOLOGICA QUE REQUIERE CONTROL EN EPS	

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:




SERGIO LEON LONDOÑO VALLEJO
MEDICO ESPECIALISTA SST
LIC 2022060085673

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


Nelson M

Firma y cédula del Paciente
NELSON CAMILO MARTINEZ OSPINA
98708739