

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



900467430-3  
LSST. N° 2021060099685 del



## SEGURIDAD VIAL

Tipo de Examen: PREINGRESO

Certificado de aptitud: 1040352020-95605

### INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

**Empresa:** CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA

**Actividad Económica:** 8621 - ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN.

**Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:** TRANSPORTES MULTIMODAL GROUP S.A.S

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

**Fecha y Lugar:** 16 ene. 2026 - APARTADO - ANTIOQUIA

**Paciente:** NEVER ARLEY CARTAGENA CARTAGENA

**Género:** MASCULINO **Edad:** 39

**Fecha Nacimiento:** 8/10/1986

**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE

**Escolaridad:** SECUNDARIA

**Área:** OPERATIVA

**Correo Electrónico:** no reporta

**Identificación:** 1040352020

**Teléfono:** NO REPORTA **Móvil:** 3116015267

**EPS:** EPS SURA

**ARL:** NO REPORTA

**AFP:** PORVENIR S.A.

**Cargo:** AUXILIAR

**Peso:** 74 **Talla:** 175 **IMC:** 24.16

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

#### PSICOSENSOMETRICO

CUMPLE A CABALIDAD CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACIÓN MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL. EXCELENTE SEGUIMIENTO Y EJECUCIÓN DE INSTRUCCIONES. ATENCIÓN FIJA A ESTIMULOS NUEVOS CON RÁPIDA Y EFECTIVA RESPUESTA, REACCIÓN AL FRENADO APROPIADA, SE EVIDENCIA MUY BUENA COORDINACIÓN VISOMOTRIZ EN TAREA BIMANUAL, EXCELENTE CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN VIAL.

#### AUDIOMETRIA

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

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

#### EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR

PARA DEFINIR EL CONCEPTO DE APTITUD LABORAL, SE REALIZÓ 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 ATENCIÓN 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 LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL.. \* NO CASO SEGUN CLASIFICACION GASTISST ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES.

#### PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SE REALIZO, SIN ALTERACION

#### ALCOHOL ETILICO

SE REALIZO, SIN ALTERACION

#### GLICEMIA EN AYUNAS

SE REALIZO, SIN ALTERACION

#### ELECTROCARDIOGRAMA

SE REALIZO ELECTROCARDIOGRAMA SIN ALTERACION.

### CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES ESPECIALES PARA EL CARGO**

Observaciones:

#### 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)**

NO

## Recomendaciones al Empleador

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍCAS 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.

## 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:

  
INGRID JUDITH FERREIRA RODRIGUEZ  
MEDICO ESPECIALISTA SST  
LIC SST 150058-22/08/2019  
REG. MD 05-1221-10  
CC. 55248330

MEDICO ESPECIALISTA S.O.  
INGRID JUDITH FERREIRA RODRIGUEZ  
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 55248330  
51221-10 - LIC 2019060150058







Firma y cédula del Paciente  
NEVER ARLEY CARTAGENA CARTAGENA  
1040352020

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



900467430-3  
LSST. N° 2021060099685 del



## SEGURIDAD VIAL

Tipo de Examen: PREINGRESO

Certificado de aptitud: 1040352020-95605

### INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

**Empresa:** CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA

**Actividad Económica:** 8621 - ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN.

**Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:** TRANSPORTES MULTIMODAL GROUP S.A.S

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

**Fecha y Lugar:** 16 ene. 2026 - APARTADO - ANTIOQUIA

**Paciente:** NEVER ARLEY CARTAGENA CARTAGENA

**Género:** MASCULINO **Edad:** 39

**Fecha Nacimiento:** 8/10/1986

**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE

**Escolaridad:** SECUNDARIA

**Área:** OPERATIVA

**Correo Electrónico:** no reporta

**Identificación:** 1040352020

**Teléfono:** NO REPORTA **Móvil:** 3116015267

**EPS:** EPS SURA

**ARL:** NO REPORTA

**AFP:** PORVENIR S.A.

**Cargo:** AUXILIAR

**Peso:** 74 **Talla:** 175 **IMC:** 24.16

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

#### PSICOSENSOMETRICO

CUMPLE A CABALIDAD CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACIÓN MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL. EXCELENTE SEGUIMIENTO Y EJECUCIÓN DE INSTRUCCIONES. ATENCIÓN FIJA A ESTIMULOS NUEVOS CON RÁPIDA Y EFECTIVA RESPUESTA, REACCIÓN AL FRENADO APROPIADA, SE EVIDENCIA MUY BUENA COORDINACIÓN VISOMOTRIZ EN TAREA BIMANUAL, EXCELENTE CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN VIAL.

#### AUDIOMETRIA

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

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

#### EXAMEN OCUPACIONAL 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 ATENCIÓN 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 LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL.. \* NO CASO SEGUN CLASIFICACION GASTISST ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES.

#### PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SE REALIZO, SIN ALTERACION

#### ALCOHOL ETILICO

SE REALIZO, SIN ALTERACION

#### GLICEMIA EN AYUNAS

SE REALIZO, SIN ALTERACION

#### ELECTROCARDIOGRAMA

SE REALIZO ELECTROCARDIOGRAMA SIN ALTERACION.

### CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES ESPECIALES PARA EL CARGO**

Observaciones:

#### 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)**

NO

## Recomendaciones al Empleador

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍCAS 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.

## 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:

  
INGRID JUDITH FERREIRA RODRIGUEZ  
MEDICO ESPECIALISTA SST  
LIC SST 150058-22/08/2019  
REG. MD 05-1221-10  
CC. 55248330

MEDICO ESPECIALISTA S.O.  
INGRID JUDITH FERREIRA RODRIGUEZ  
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 55248330  
51221-10 - LIC 2019060150058







Firma y cédula del Paciente  
NEVER ARLEY CARTAGENA CARTAGENA  
1040352020