

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CONSULTORES EN SALUD OCUPACIONAL CINCO SAS

NIT: 800229209-9



## CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 1152446576-135420

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y Lugar:** 17 mar. 2025 - MEDELLIN  
**Paciente:** JHON ALBEIRO ISAZA MURIEL  
**Género** MASCULINO **Edad:** 31  
**Fecha Nacimiento:** 17/07/1993  
**Estado Civil:** SOLTERO(A)  
**Dirección** CALLE 34 B N 31 A 38  
**Escolaridad:** BACHILLERATO  
**Empresa** PARTICULAR  
**Misión/Contrato/** PARTICULAR -  
**Centro de Costo:**

**Tipo de Examen:** PERIODICO  
**Identificación:** 1152446576  
**Teléfono** 3242923767 **Móvil:**  
**Cargo:** CONDUCTOR  
**EPS:** SURA EPS  
**ARL:** NO REPORTA  
**AFP:** NO REPORTA

**AREA:** No Reporta

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (PSICOTERAPIA INDIVIDUAL)</b>	APTO PARA CONDUCIR, PUEDE LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO.
<b>AUDIOMETRIA</b>	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
<b>VIOSIOMETRIA</b>	APTO PARA EL CARGO. REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA DE USO PERMANENTE. SE RECOMIENDA CONSULTAR CON OPTOMETRIA PARA ACTUALIZAR PRESCRIPCIÓN ÓPTICA.
<b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL

## CONCEPTO LABORAL

### PUEDE LABORAR EN EL CARGO CON RECOMENDACIONES APTO PARA CONDUCIR

Observaciones: 1. CONTROL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA ACTUALIZAR PRESCRIPCIÓN ÓPTICA, LOS CUALES DEBE USAR PERMANENTEMENTE PARA REALIZAR SU TAREA. 2. CUMPLIR CON LAS RECOMENDACIONES ENTREGADAS POR EL ÁREA DE SST, REALIZANDO SU TAREA U OFICIO, SEGÚN EL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO SEGURO DE SU CARGO.

<b>Tipo de Restricción</b>	<b>Condiciones, Factores, Agentes Asociados</b>	<b>Permanente</b>
NO		
<b>Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)</b>		

NO

## Información de Remisiones

<b>OPTOMETRÍA</b>	SOLICITAR VALORACIÓN EN SU ENTIDAD DE SALUD POR OPTOMETRÍA PARA VALORACION OPTICA
'CONSIDERACIONES JURIDICAS: La resolución 2346 de 11 de julio de 2007 y la resolución 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social reglamenta la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar las condiciones de salud física, mental, social y la existencia de restricciones del aspirante, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo, definidos por el empleador. Establece que la empresa sólo puede conocer EL CERTIFICADO MÉDICO DEL ASPIRANTE, el cual se le suministra según lo acordado, el usuario o empresa puede solicitar copia (medio magnético) de la historia clínica ocupacional si lo requiere. Establece también que le corresponde a la EPS del trabajador la guarda y custodia de los documentos de la historia ocupacional. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional estarán bajo nuestra custodia acorde a lo que indican estas resoluciones.'	

Para determinar la aptitud para trabajos en altura y la conducta a seguir deben tenerse en cuenta LAS RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS DESCRIPTAS EN EL CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL, que evalúa en forma integral los hallazgos encontrados en el trabajador.

La IPS, se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales.

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:** Teniendo en cuenta que en el examen médico ocupacional, en su primera parte, se solicitan los antecedentes personales y familiares, y considerando que existen enfermedades que no pueden ser detectadas por el médico en la evaluación física, sino únicamente mediante ayudas diagnósticas y/o pruebas de laboratorio, declaro que, en caso de omitir o proporcionar información falsa sobre mis antecedentes y condiciones físicas o mentales, y que, como consecuencia de dicha omisión, el médico emita un concepto de aptitud para la tarea propuesta, asumo total responsabilidad por las consecuencias que esto pueda generar en mi condición de salud ante los riesgos inherentes a mi oficio.

'Yo, identificado como aparece al pie de mi firma, doy fe que he sido informado(a) acerca de la naturaleza de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que la IPS CINCO S.A. con NIT 800229209-9 realizará, comprendo que mi participación es voluntaria, acepto y estoy de acuerdo y deseo participar libremente.

Autorizo la realización de los exámenes

Autorizo a CINCO S.A. para que el médico evaluador o su junta médica revise la totalidad de los exámenes realizados lo cual permitirá, hacer un diagnóstico que definirá mi condición física y mental para emitir mi certificado de aptitud, para desempeñar una labor o tarea específica para lo cual acudo en el día de hoy o para evaluar mi estado de salud en los exámenes periódicos requeridos para los programas de vigilancia epidemiológica.

Entiendo que la revisión de la información es voluntaria y que tengo la oportunidad de retirar mi consentimiento en este momento antes de aceptar la revisión.'



**MARLA CASTILLO MOSCARELLA**  
Médico Esp. en Medicina del Trabajo  
LIC. 2018060238296

Médico Especialista en Salud Laboral  
**MARLA DEL SOCORRO CASTILLO MOSCARELLA**  
2018060238296 1734



✓ 4/04 15/02/24

Firma y cédula del Paciente  
**JHON ALBEIRO ISAZA MURIEL**  
1152446576