

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



IPS NORMEDIC SAS
NIT: 901612535-3



CONDUCTOR DE VEHÍCULOS
Certificado de aptitud: 1039455139-319

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	26 jul. 2024 - BELLO	Tipo de Examen:	INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	DANIELA RIOS HOYOS	Identificación:	1039455139
Género:	FEMENINO Edad: 33	Teléfono:	Móvil: 3023547502
Fecha Nacimiento:	16/6/1991	Cargo:	CONDUCTOR (A)
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SURAMERICANA.
Dirección:	LA ESTRELLA	ARL:	SEGUROS BOLIVAR S.A.
Escolaridad:	TÉCNICO	AFP:	COLPENSIONES
Empresa:	PARTICULAR		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	PARTICULAR		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (CONDUCTOR)	Cumple con parámetros de aptitud física, mental y de coordinación motriz, para seguridad vial según resolución 0217/2014 de Min transporte. Realizar capacitación y entrenamiento de manejo defensivo y seguro, continuar con las actividades definidas para la empresa, para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y de seguridad vial.
AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
OPTOMETRIA	SIN ALTERACIONES
MEDICINA OCUPACIONAL	SE REALIZA EVALUACIÓN MÉDICA CON ÉNFASIS EN PRUEBAS NEUROLÓGICAS PARA VÉRTIGO Y CONSERVACIÓN DEL EQUILIBRIO Y ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES.

CONCEPTO LABORAL

PUEDEN DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES, SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR LABOR.
CUMPLE CON PARÁMETROS DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ, PARA SEGURIDAD VIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 0217/2014 DE MIN TRANSPORTE.

Observaciones: SE RECOMIENDA: -1. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. -2. DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.

*RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: 1. CUMPLE CON PARÁMETROS DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ, PARA SEGURIDAD VIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 0217/2014 DE MIN TRANSPORTE.

2. EL PROGRAMA DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN DE LA EMPRESA DEBE INCLUIR CONOCIMIENTO POR LOS TRABAJADORES DE LAS MEDIDAS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD CONVIVIENDO CON LOS FACTORES DE RIESGO, QUE REVERTIRÁ EN DESEMPEÑO SEGURO DE LA OCUPACIÓN.
 3. REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACIÓN DE SUS LABORES
 4. EL TRABAJADOR SIEMPRE UTILIZARÁ LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PERTINENTES PARA REALIZAR EL OFICIO, LOS CUALES DEBEN SER APORTADOS POR EL EMPLEADOR.
 5. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, CONDUCTAS ANTISEDENTARIAS, NUTRICIÓN BALANCEADA Y PESO CORPORAL ADECUADO.
 6. CUMPLIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD OCUPACIONAL POR PARTE DEL EMPLEADOR Y DEL EMPLEADO.
 7. SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD VIAL
 8. VERIFIQUE CONDICIONES DEL VEHICULO PREVIAMENTE AL USO, RESPETE LA NORMAS DE TRANSITO, RECUERDE MANTENER LA DISTANCIA DE SEGURIDAD, USE SIEMPRE EL CINTURON DE SEGURIDAD, RESPETE LOS LIMITES DE VELOCIDAD, EVITE INGERIR ALIMENTOS, NO FUMAR CONDUCIENDO, IDENTIFIQUE CUALQUIER PELIGRO FÍSICO, NO REALICE DESPLAZAMIENTOS DEL VEHICULO CON PUERTAS O COMPUERTAS ABIERTA, NI CON PERSONAL AGARRADO EN ALGUN EXTREMO.
 9. INFORME OPORTUNAMENTE CAMBIOS EN SUS CONDICIONES DE SALUD A SUS SUPERVISORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍCAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS.
 10. NO CONDUZCA SI HA INGERIDO ALGUN TIPO DE LICOR.
 11. SEGUIR Estrictamente los protocolos de bioseguridad del SG-SST de la empresa.
- **EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VERDÍCO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZÓN FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DILIGENCIA ENCUESTA DE ESTADO DE SALUD****

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		


Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

*CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2007, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mí suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto médico de aptitud laboral. '


Yudy Andrea Osorio Z.
C.c. 1020442291
R.M. 05-0272-14
LIC. 9060031132-18

Médico Especialista en Salud Laboral
YUDY ANDREA OSORIO ZAPATA
LSO 2018060031132 05-272-2014





Firma y cédula del Paciente
DANIELA RIOS HOYOS
1039455139