

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SERVICIOS DE SALUD IPS CEDISALUD SAS

NIT: 901334492-2

LSO. RES. N° 23820 del 18/05/2020



Certificado de aptitud: 1035875838-360281

## Tipo de Examen: PREINGRESO PARA CONDUCTORES

### INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

**Empresa:** TRANSRUMBO GROUP SAS

**Actividad Económica:** 4921 - TRANSPORTE DE PASAJEROS.

**Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:**

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

**Fecha y Lugar:** 17 ene. 2026 - MEDELLIN - ANTIOQUIA

**Paciente:** SANTIAGO CASAS MERINO

**Género:** MASCULINO **Edad:** 28

**Fecha Nacimiento:** 5/02/1997

**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE

**Escolaridad:** SECUNDARIA

**Área:** OPERATIVA

**Correo Electrónico:**

**Identificación:** 1035875838

**Teléfono:** 3126094556 **Móvil:** 3126094556

**EPS:** SURAMERICANA.

**ARL:** NO REPORTA

**AFP:** PORVENIR S.A.

**Cargo:** CONDUCTOR

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

<b>PSICOSENSOMETRICO-</b>	CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL, BUEN SEGUIMIENTO Y EJECUCIÓN DE INSTRUCCIONES.
<b>AUDIOMETRIA TAMIZ</b>	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.
<b>VISIOMETRIA TAMIZ</b>	ALTERACION VISUAL LEJANA MODERADA CON CORRECCION QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO COMO CONDUCTOR SEGÚN LEY 769 DE 2002 DEL MINISTERIO DE TRANSPORTE USO DE CORRECCION VISUAL OBLIGATORIA SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL
<b>EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR</b>	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., PRESENTA CONDICIÓN VISUAL QUE REQUIERE USO DE LENTES SEGÚN OPTOMETRÍA Y CONTROL PERIÓDICO. SE RECOMIENDA AJUSTE ERGONÓMICO ANTE EXPOSICIÓN PROLONGADA A PANTALLAS Y/O USO DE LENTES DE SEGURIDAD SEGÚN LABORES., 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.. * NO CASO SEGUN CLASIFICACION GATISST ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES.. ASISTIR A LAS CAPACITACIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROGRAMADAS POR LA EMPRESA. UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA PARA EL BUEN DESARROLLO DE LAS FUNCIONES DE SU CARGO. UTILIZACION DE LENTES OARA REALIZAR SU ACTIVIDAD LABORAL, DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS.
<b>PRUEBA DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	SE REALIZÓ, SIN ALTERACIÓN.
<b>TRIGLICERIDOS</b>	SE REALIZO, CON ALTERACION
<b>GLICEMIA EN AYUNAS</b>	SE REALIZO, SIN ALTERACION
<b>COLESTEROL TOTAL</b>	SE REALIZO, CON 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: ALTERACIONES VISUALES QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, REQUIERE USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION PARA LABORES DE PRECISION SEGÚN EVALUACION VISUAL. PRESENTA ALTERACION DE LIPIDOS LEVE QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, NO ASOCIADO A VERTIGO NI MAREO, SE SUGIERE CONTROL Y MANEJO EN SU EPS.

#### 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)

VISUAL	USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION VISUAL SEGUN PRESCRIPCION EN JORNADA LABORAL, ACTUALIZAR FORMULA ANUALMENTES, USO DE GAFAS DE PROTECCION OCULAR EN AMBIENTE LABORAL SEGUN SE REQUIERA.	PPyP
NUTRICIONAL		PPyP

MÉDICA GENERAL EPS

PRESENTA TRASTORNO DE LOS LÍPIDOS QUE REQUIERE CONTROL EN EPS

### Recomendaciones al Empleador

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: REPORTAR DE INMEDIATO CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA REALIZACIÓN DE SUS LABORES, 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. MANTENER UNA POSTURA ERGONÓMICA ADECUADA PARA PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES PROVOCADAS POR MALAS POSTURAS.

### 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 buen 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:

  
ALEJANDRO PELÁEZ SÁNCHEZ  
MÉDICO ESPECIALISTA SST  
LIC SST: 01719-27/1/2025  
REG MD 15 415 01  
CC 98570307

MEDICO (A) OCUPACIONAL  
ALEJANDRO PELÁEZ SÁNCHEZ  
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 98570307  
- LSST 01719-27/1/25



Santiago Casas



Firma y cédula del Paciente  
SANTIAGO CASAS MERINO  
1035875838