

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



901334492-2
LSO. RES. N° 23820 del



CONDUCTOR DE VEHÍCULOS

Certificado de aptitud: 71678276-351190

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	8/11/2025	MEDELLIN - ANTIOQUIA	Tipo de Examen:	PERIODICO PARA CONDUCTORES
Paciente:	JORGE HUMBERTO MARIN ARANGO		Identificación:	71678276
Género	MASCULINO	Edad: 59	Teléfono	3024154692
Estado Civil:	SOLTERO(A)		Cargo:	CONDUCTOR
Dirección	CARRERA 74 N 99 06		EPS:	SURAMERICANA.
Empresa			Escolaridad:	SECUNDARIA
Misión/Contrato/	TRANSRUMBO GROUP SAS -			
Centro de Costo:				

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOSENSOMETRICO-	CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL, BUEN SEGUIMIENTO Y EJECUCIÓN DE INSTRUCCIONES.
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 SEGUN GUIAS DE MANEJO DE LA EMPRESA.
VIOSIOMETRIA TAMIZ	ALTERACION VISUAL LEJANA LEVE SIN CORRECCION QUE NO INTERFERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SEGÚN LEY 769 DE 2002 DEL MINISTERIO DE TRANSPORTE, USO DE CORRECCION VISUAL SEGÚN RECOMENDACIONES
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, INDUCIONES PROPIAS PARA EL CARGO A REALIZAR, REPORTE OPORTUNO ACCIDENTES O EVENTOS DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACION POR NUTRICION EN EPS, 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.. 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. REALICE EJERCICIO MINIMO 3 VECES A LA SEMANA
PRUEBA DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	SE REALIZA, SIN ALTERACION
COLESTEROL TOTAL	SE REALIZO, SIN ALTERACION
GLICEMIA EN AYUNAS	SE REALIZO, SIN ALTERACION
TRIGLICERIDOS	SE REALIZO, SIN ALTERACION

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

-EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Observaciones: PRESENTA ALTERACION DEL PESO QUE EN EL MOMENTO NO LIMITA SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, ESTA ALTERACION ES UN FACTOR DE RIESGO PARA MANIFESTACION DE PATOLOGIAS CARDIOVASCULARES Y OSTEOMUSCULARES EN ZONAS COMO COLUMNA VERTEBRAL Y RODILLAS SE RECOMIENDA CONTROL EN HABITOS DE VIDA COMO ALIMENTACION Y EJERCICIO.

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.

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		PPyP
CARDIOVASCULAR	SE SUGIERE CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO, SEGUIMIENTO DE CONTROL POR ALTERACIONES CRONICAS.	PPyP
NUTRICIONAL	CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO , ALIMENTACION BALANCEADA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.	PPyP

Información de Remisiones

NUTRICION	REQUIERE VALORACION POR EPS, CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO POR ALTERACION DEL PESO CORPORAL
-----------	--

Recomendaciones al Empleador

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 realizará el o los exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la IPS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibi 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 encuentro 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 PELAEZ SANCHEZ
MEDICO ESPECIALISTA SST
LIC SST 01719-271/2025
REG MD 15 415 01
CC 98570307

MEDICO (A) OCUPACIONAL
ALEJANDRO PELAEZ SANCHEZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 98570307
- LSST 01719-271/25



Firma y cédula del Paciente
JORGE HUMBERTO MARIN ARANGO
71678276