

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



901334492-2
LSO. RES. N° 23820 del



CONDUCTOR DE VEHÍCULOS Certificado de aptitud: 71708724-325427

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 24/05/2025 MEDELLIN
Paciente: WALTER DE JESUS MUÑOZ FLOREZ
Género: MASCULINO **Edad:** 56
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: CR 48A 82 42

Empresa

Misión/Contrato/ TRANSUMBO GROUP SAS
Centro de Costo:

Tipo de Examen: PERIODICO PARA CONDUCTORES
Identificación: 71708724
Teléfono: 3225448269 **Móvil:**
Cargo: CONDUCTOR
EPS: SURAMERICANA.
Escolaridad: TÉCNICO

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOSENSOMETRICO-	CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL, EXCELENTE SEGUIMIENTO Y EJECUCIÓN DE INSTRUCCIONES. SIN TRASTORNOS NEUROPSICOLÓGICOS Y/ EMOCIONALES QUE INTERFIERAN CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. SE EVIDENCIA BUENA LÓGICA ABSTRACTA Y DE SEMEJANZAS, BUENA CAPACIDAD COMUNICATIVA EN CUANTO AL VÍNCULO SOCIAL, PERSONA CON BUENAS APTITUDES PSICOLÓGICAS, BUENA OPERACIÓN DE SUS FUNCIONES EJECUTIVAS.
AUDIOMETRIA TAMIZ	CAPACIDAD AUDITIVA ACTUAL ALTERADA LEVE EN O.I, 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. REALIZAR AUDIOMETRIA CLINICA
VISIOMETRIA TAMIZ	ALTERACION VISUAL SIN CORRECCION QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
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, 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 LABOR EVITAR ACCIONES IMPRUDENTES QUE PONGAN EN RIESGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL. REINDUCCION SOBRE LABORES., 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., DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS., USO CONTINUO DE PROTECCION AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL. SE SUGIERE INGRESAR AL PROGRAMA DE CONTROL Y PREVENCIÓN AUDITIVO Y REALIZAR AUDIOMETRÍAS CLÍNICAS SEGÚN CRITERIOS DEL PVE, PROTECCIÓN AUDITIVA CON RUIDO MAYOR O IGUAL A 80 dB. * 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.
PRUEBA DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	SE REALIZÓ, SIN ALTERACIÓN.
TRIGLICERIDOS	SE REALIZO, SIN ALTERACION
GLICEMIA EN AYUNAS	SE REALIZO, SIN ALTERACION
COLESTEROL TOTAL	SE REALIZO, CON ALTERACION

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA SEGURIDAD VIAL.
EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES, SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO**

Observaciones: - ALTERACION VISUAL CORREGIDA DE VISIÓN QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.
- ALTERACION AUDITIVA LEVE UNILATERAL QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
- PRESENTA TRASTORNO DE LÍPIDOS LEVE QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, NO ASOCIADO A VERTIGO NI MAREO, SE RECOMIENDA MANEJO EN EPS

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: REPORTAR DE INMEDIATO CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA REALIZACIÓN DE SUS LABORES. VERIFICAR LAS CONDICIONES DEL VEHÍCULO ANTES DE SU USO PARA GARANTIZAR SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO Y SEGURIDAD. RESPETAR TODAS LAS NORMAS DE TRÁNSITO, 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. NO DESPLAZAR EL VEHÍCULO CON PUERTAS O COMPUERTAS ABIERTAS, NI PERMITIR QUE EL PERSONAL SE AGARRE DE ALGÚN EXTREMO DURANTE SU MOVIMIENTO. INFORMAR OPORTUNAMENTE A LOS SUPERVISORES SOBRE CUALQUIER CAMBIO EN SU ESTADO DE SALUD QUE PUEDA AFECTAR SU DESEMPEÑO. MANTENER UNA POSTURA ERGONÓMICA ADECUADA PARA PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES PROVOCADAS POR MALAS POSTURAS. BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA CONDUCIR SI HA INGERIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS O SUSTANCIAS QUE ALTEREN SU CAPACIDAD DE REACCIÓN.

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
AUDITIVO	-SE SUGIERE USO DE PROTECCION AUDITIVA EN JORNADA LABORAL EN AMBIENTES CON EXPOSICION A RUIDO SUPERIOR A 80 dB, CONTROL SEGUN PVE AUDITIVO DE LA EMPRESA.	PPyP

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA	PRESENTA TRASTORNO REFRACTIVO QUE REQUIERE CORRECCION VISUAL.
MEDICINA GENERAL EPS	PRESENTA TRASTORNO DE LOS LIPIDOS QUE REQUIERE CONTROL EN EPS

Recomendaciones al Empleador

- Realizar inducción de acuerdo al cargo a desempeñar.
- Capacitación y entrenamiento de prevención de los riesgos según su ocupación.
- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Incluir al trabajador en los sistemas de vigilancia epidemiológica que requiera (Conservación Auditiva, Riesgo cardiovascular, Riesgo Biomecánico, Biológico, muscular, Respiratorio y Visual).
- Evaluar los esquemas de vacunación para enfermedades inmunoprevenibles.
- Verificar en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

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:



Edu Maestre Oñate
EDILBERTO MAESTRE OÑATE
MEDICO ESPECIALISTA SST
LIC 0396-06/01/2023

Médico Especialista en Salud Laboral
EDILBERTO MAESTRE OÑATE
LSST 0396-06/01/23

Firma y cédula del Paciente
WALTER DE JESUS MUÑOZ FLOREZ
71708724