

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



901334492-2
LSO. RES. N° 23820 del

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 8399403-233354



INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 31/08/2023 MEDELLÍN
Paciente: JORGE IVAN LOPERA MURIEL
Género: MASCULINO **Edad:** 64
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: CR 56 B 30 B 52
Empresa: TRANSRUMBO GROUP SAS -

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 8399403
Teléfono:
Cargo: COORDINADOR LOGISTICO
EPS: SURAMERICANA.
Escolaridad: SECUNDARIA
Móvil: 3044345925

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

TAMIZAJE VISUAL

ALTERACION PARA VISION LEJOS SEVERA CON CORRECCION QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
USO DE CORRECCION VISION PROLONGADA

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., CONTROL PERIODICO ENF. CRONICAS EN EPS, REALIZAR HIDRATACION SUFICIENTE DUANTE JORNADA LABORAL, DISTRIBUIR INGESTA DE CARBOHIDRATOS DURANTE 5 MOMENTO DE JORNADA LABORAL, TENER CARBOHIDRATOS A LA MANO EN CASO DE HIPOGLICEMIA, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA., USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION VISUAL SEGUN INDICACIONES EVALUACION VISUAL PARA SU JORNADA LABORAL, CONTROL POR PROGRAMA DE CRONICOS EN LA EPS.. 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

PRUEBA DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SE REALIZO, SIN ALTERACION.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES, SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR LABOR.

Observaciones: TRABAJADOR CON PATOLOGIA METABOLICA Y VISUAL CONTROLADAS, DEBE CONTINUAR EN MANEJO POR ESPECIALISTAS PERO NO LO RESTRINGE PARA SU LABOR.

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: ** REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENDE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES. CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍCAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS, TENER EN CUENTA: AJUSTAR LA ALTURA DE LA SILLA Y DEL MONITOR MANTENIÉNDOLO A MÍNIMO 40 CM DE DISTANCIA Y JUSTO ENFRETE DE NOSOTROS; EL TECLADO Y EL RATÓN DEBEN ESTAR AL ALCANCE Y CON ESPACIO SUFICIENTE PARA MANIPULACION CÓMODA; APOYAR LOS PIES TOTALMENTE EN EL SUELO O UTILIZAR REPOSAPIÉS; APOYAR TOTALMENTE LA ESPALDA EN EL RESPALDO DE LA SILLA; MINIMIZAR LOS REFLEJOS PARA EVITAR LA FATIGA VISUAL, ASISTA A CAPACITACIONES Y/O FORMACIONES DE LA EMPRESA. INFORME EL DESCONOCIMIENTO DE ALGUNA TAREA O PROGRAMA INFORMÁTICO, DEDICAR TIEMPO PARA FAMILIARIZARSE CON LAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO; REALICE PAUSAS ACTIVAS ESTIRAMIENTO, COLUMNA, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES Y OJOS, SEGUN PROGRAMA DE PAUSA EN LA EMPRESA.

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)		
CARDIOVASCULAR	SE SUGIERE CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO, SEGUIMIENTO DE CONTROL POR ALTERACIONES CRONICAS.	PPyP
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

Información de Remisiones

MÉDICINA INTERNA EPS DEBE CONTINUAR EN MANEJO DE SU PATOLOGIA METABOLICA.-

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 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 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 PELAEZ SANCHEZ
MEDICO ESPECIALISTA SST
REG 12440310092014

Médico Especialista en Salud Laboral
ALEJANDRO PELAEZ SANCHEZ
LICST12440310092014 LICST124



Firma y cédula del Paciente
JORGE IVAN LOPERA MURIEL
8399403