

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



901334492-2
LSO. RES. N° 23820 del



CONDUCTOR DE VEHÍCULOS

Certificado de aptitud: 98528357-326740

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 5/06/2025 MEDELLIN
Paciente: HENRY DE JESUS OSSA ALZATE
Género MASCULINO **Edad:** 55
Estado Civil: SEPARADO
Dirección SAN ANTONIO DE PRADO
Empresa UNION TEMPORAL UT METRO 2024
Misión/Contrato/ UNION TEMPORAL UT METRO 2024
Centro de Costo:

Tipo de Examen: PERIODICO PARA CONDUCTORES
Identificación: 98528357
Teléfono 3116278696 **Móvil:**
Cargo: CONDUCTOR
EPS: SURAMERICANA.
Escolaridad: SECUNDARIA

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 NEUROPSICOLOGICOS Y/ EMOCIONALES QUE INTERFERIAN 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 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 GUIAS DE MANEJO DE LA EMPRESA.

VIOSIOMETRIA TAMIZ

ALTERACION VISUAL LEJANA LEVE SIN CORRECION QUE NO INTERFERIE 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 OSTEOARTICULAR

PARA DEFINIR EL CONCEPTO DE APTITUD LABORAL, SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOARTICULAR, 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 PROTECCIÓN 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 EJECUCIÓN DE LA LABOR EVITAR ACCIONES IMPRUDENTES QUE PONGAN EN RIESGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL. REINDUCCION SOBRE LABORES., CONTROL POR PROGRAMA DE CRONICOS EN LA EPS., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA., DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS.

PRUEBA DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SE REALIZÓ, SIN ALTERACIÓN.

COLESTEROL TOTAL

SE REALIZO, SIN ALTERACION

GLICEMIA EN AYUNAS

SE REALIZO, CON ALTERACION

TRIGLICERIDOS

SE REALIZO, CON ALTERACION

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

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

Observaciones: RECOMENDACIONES VISUALES QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION PARA LABORES DE PRECISION SEGUN EVALUACION VISUAL. RECOMENDACIONES CARDIOVASCULARES POR ALTERACION LEVE DE CIFRAS TENSIONALES QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, REQUIERE CONTINUAR CONTROL EN EPS. RECOMENDACIONES METABOLICAS, PRESENTA TRASTORNO DE LIPIDOS Y DE LA GLICEMIA LEVE QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, NO ASOCIADO A VERTIGO NI MAREO, CONTROL MANEJO EN 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

PPyP

CARDIOVASCULAR

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

PPyP

Recomendaciones al Empleador

- Realizar inducción de acuerdo al cargo a desempeñar.
- Capacitación y entrenamiento de prevención de los riesgo 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 Biomecanico, 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 paraclinicos 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 paraclinicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinicos 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 tomará 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
 REG 01719-27/1/2025

Médico Especialista en Salud Laboral
 ALEJANDRO PELAEZ SANCHEZ
 LSST 01719-27/1/25



Firma y cédula del Paciente
 HENRY DE JESUS OSSA ALZATE
 98528357