

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



901334492-2  
LSO. RES. N° 23820 del



## CONDUCTOR DE VEHÍCULOS Certificado de aptitud: 98528357-326740

### INFORMACIÓN GENERAL

<b>Fecha y Lugar:</b>	5/06/2025	MEDELLIN	<b>Tipo de Examen:</b>	PERIODICO PARA CONDUCTORES	
<b>Paciente:</b>	HENRY DE JESUS OSSA ALZATE		<b>Identificación:</b>	98528357	
<b>Género:</b>	MASCULINO	<b>Edad:</b> 55	<b>Teléfono:</b>	3116278696	<b>Móvil:</b>
<b>Estado Civil:</b>	SEPARADO		<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR	
<b>Dirección:</b>	SAN ANTONIO DE PRADO		<b>EPS:</b>	SURAMERICANA.	
<b>Empresa:</b>	UNION TEMPORAL UT METRO 2024		<b>Escolaridad:</b>	SECUNDARIA	
<b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b>	UNION TEMPORAL UT METRO 2024				

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>PSICOSENSOMETRICO-</b>	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.
<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 LEVE SIN CORRECCION QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SEGÚN LEY 769 DE 2002 DEL MINISTERIO DE TRANSPORTE, USO DE CORRECCION VISUAL SEGÚN RECOMENDACIONES
<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. 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.
<b>PRUEBA DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	SE REALIZÓ, SIN ALTERACIÓN.
<b>COLESTEROL TOTAL</b>	SE REALIZO, SIN ALTERACION
<b>GLICEMIA EN AYUNAS</b>	SE REALIZO, CON ALTERACION
<b>TRIGLICERIDOS</b>	SE REALIZO, CON ALTERACION

### CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES, SIN RESTRICCIONES 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 SEGÚN 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 Secretaria 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		
<b>Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)</b>		
VISUAL		PPyP
CARDIOVASCULAR	SE SUGIERE CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO, SEGUIMIENTO DE CONTROL POR ALTERACIONES CRONICAS.	PPyP

**Información de Remisiones**

OPTOMETRÍA

PRESENTA TRASTORNO REFRACTIVO DE CERCA QUE REQUIERE CORRECCION VISUAL.

MÉDICA GENERAL EPS

PRESENTA TRASTORNO DE LA GLICEMIA LOS LÍPIDOS Y LA PRESION ARTERIAL 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:



*Alejandro Pelaez*  
ALEJANDRO PELAEZ SANCHEZ  
MÉDICO 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