

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



901334492-2  
LSO. RES. N° 23820 del



## CONDUCTOR DE VEHÍCULOS Certificado de aptitud: 98534938-310254

### INFORMACIÓN GENERAL

**Fecha y Lugar:** 18/02/2025 MEDELLIN  
**Paciente:** JUAN FERNANDO CADAVID RAMIREZ  
**Género:** MASCULINO **Edad:** 33  
**Estado Civil:** SOLTERO(A)  
**Dirección:** ROBLEDO

**Empresa**

**Misión/Contrato/** TRANSUMBO GROUP SAS  
**Centro de Costo:**

**Tipo de Examen:** PERIODICO PARA CONDUCTORES  
**Identificación:** 98534938  
**Teléfono:** 3113932544 **Móvil:**  
**Cargo:** CONDUCTOR  
**EPS:** SURAMERICANA.  
**Escolaridad:** SECUNDARIA

### 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.
<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 CON CORRECCION QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO USO DE CORRECCION USO DE CORRECCION SEGÚN ACTIVIDADES PROPIAS DE SU LABOR VISIÓN. COLOR : = ANORMAL
<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., 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., USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION VISUAL SEGUN INDICACIONES EVALUACION VISUAL PARA SU JORNADA LABORAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS., CONTROL PERIODICO ENF. CRONICAS EN EPS, REALIZAR HIDRATACION SUFICIENTE DUANTE JORNADA LABORAL, DISTRIBUIR INGESTA DE CARBOHIDRATOS DURANTE 5 MOMENTO DE JORNADA LABORAL, TENER CARBOHIRATOS A LA MANO EN CASO DE HIPOGLICEMIA, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA., CONTROL POR PROGRAMA DE CRONICOS EN LA EPS.. * NO CASO SEGUN CLASIFICACION GATISSST ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES.
<b>PRUEBA DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	SE REALIZO, SIN ALTERACION
<b>TRIGLICERIDOS</b>	SE REALIZO, SIN ALTERACION
<b>GLICEMIA EN AYUNAS</b>	SE REALIZO, SIN ALTERACION
<b>COLESTEROL TOTAL</b>	SE REALIZO, SIN 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, ALTERACION VISUAL YA CORREGIDA CON ANTEOJOS, DEBE CONTINUAR EL USO DEL LENTES O GAFAS FORMULADA DURANTE JORNADA LABORAL. RECOMENDACIONES NUTRICIONALES POR ALTERACION DEL PESO QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, LA OBESIDAD CONSTITUYE UN FACTOR DE RIESGO PARA MANIFESTACION DE PATOLOGIAS CARDIOVASCULARES Y OSTEOMUSCULARES EN ZONAS COMO COLUMNA VERTEBRAL Y RODILLAS SE RECOMIENDAO CONTROL EN HABITOS DE VIDA COMO ALIMENTACION Y EJERCICIO. RECOMENDACIONES CARDIOVASCULARES POR COOMORBILIDAD SECUNDARIA A PATOLOGIA CRÓNICA CARDIOVASCULAR QUE EN EL MOMENTO NO LIMITA SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES, CONTINUAR CONTROL 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 LIMITES 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	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
NUTRICIONAL	CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO , ALIMENTACION BALANCEADA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.	PPyP
SEGURIDAD VIAL	CUMPLIR LOS REQUERIMIENTOS QUE LAS DISPOSICIONES DE SEGURIDAD VIAL ESTABLECIDOS, IMPLEMENTA ESTRATEGIAS DE LA CONCIENTIZACION A LOS TRABAJADORES, A TRAVÉS DE CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES ENFOCADAS A LA CORTESÍA Y RESPETO POR LAS SEÑALES DE TRÁNSITO.	PPyP

## Información de Remisiones

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

## 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:



*[Firma]*  
**DIANA VELÁSQUEZ SANTAMARIA**  
 MEDICO ESPECIALISTA SST  
 REG 2021060132079

Médico Especialista en Salud Laboral  
 DIANA VANESSA VELASQUEZ SANTAMARIA

-

*[Firma]*

Firma y cédula del Paciente  
 JUAN FERNANDO CADAVID RAMIREZ  
 98534938