

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



901334492-2
LSO. RES. N° 23820 del



CONDUCTOR DE VEHÍCULOS

Certificado de aptitud: 71696388-314574

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 15/03/2025 MEDELLIN
Paciente: HECTOR FABIO OROZCO SALAZAR
Género MASCULINO **Edad:** 57
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección CRA 16 A 10 A 10

Tipo de Examen: INGRESO PARA CONDUCTORES
Identificación: 71696388
Teléfono 3007856983 **Móvil:**
Cargo: CONDUCTOR
EPS: SURAMERICANA.
Escolaridad: SECUNDARIA

Empresa

Misión/Contrato/ TRANSRUMBO GROUP SAS -
Centro de Costo:

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.
AUDIOMETRIA TAMIZ	CAPACIDAD AUDITIVA ACTUAL ALTERADA LEVE BILATERAL, 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. REALIZAR AUDIOMETRIA CLINICA
VISIOMETRIA TAMIZ	ALTERACION VISUAL SIN CORRECCION QUE NO INTERFERE 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, INDUCIONES 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., USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION VISUAL SEGUN INDICACIONES EVALUACION VISUAL PARA SU JORNADA LABORAL, USO DE PROTECCION AUDITIVA EN JORNADA LABORAL, PARA EXPOSICION A RUIDO SUPERIOR A 80 DB USAR PROTECCION AUDITIVA, DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS.. * 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 REALIZO, SIN ALTERACION
TRIGLICERIDOS	SE REALIZO, SIN ALTERACION
GLICEMIA EN AYUNAS	SE REALIZO, SIN ALTERACION
COLESTEROL TOTAL	SE REALIZO, CON ALTERACION

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO 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 SEGUN EVALUACION VISUAL. RECOMENDACIONES AUDITIVAS POR ALTERACION AUDITIVA LEVE BILATERAL QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, EVITAR EXPOSICION SIN PROTECCION AUDITIVA EN AMBIENTES CON RUIDOS SUPERIOR A 80 DB. RECOMENDACIONES METABOLICAS, PRESENTA TRASTORNO DE LIPIDOS QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, NO ASOCIADO A VERTIGO NI MAREO, CONTROL MANEJO EN EPS.

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: REPORTAR DE INMEDIATO CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES. VERIFICAR LAS CONDICIONES DEL VEHICULO 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 VEHICULO CON PUERTAS O COMPARTIMENTOS ABIERTOS, 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)

NUTRICIÓNAL

CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO , ALIMENTACION BALANCEADA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

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

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

MÉDICINA GENERAL EPS

PRESENTA TRANSTORNO DE LIPIDOS QUE REQUIERE CONTROL EN EPS.

OPTOMETRÍA

PRESENTA TRASTORNO REFRACTIVO QUE REQUIERE CORRECCION VISUAL.

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. 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 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:



DIANA VELASQUEZ SANTAMARIA
MEDICO ESPECIALISTA SST
REG 2021060132079

Médico Especialista en Salud Laboral
DIANA VANESSA VELASQUEZ SANTAMARIA

Hector OROZCO
SALAZAR

Firma y cédula del Paciente
HECTOR FABIO OROZCO SALAZAR
71696388