CORPOURABA
CONSECUTIVO: 250-08-01-06-1578-2023
Fecha: 13/10/2023 Hora: 11:02:33 Folios: 1

INFORME DE SUPERVISIÓN
R-RI-20
10

Radicado:

Dep	Serie	Subserie	Tipo Documental	Nº. Cons
250	08	01	06	1578

Fecha:

DD	MM	AA
13	10	2023

Marque con una x **Contrato:** X **Convenio:**

No. CONTRATO/CONVENIO:	200-10-01-12-0055-2023
CONTRATISTA:	CORPORACION IPS CEDISALUD
OBJETO:	Contratar los servicios para la realización de exámenes médicos ocupacionales y pruebas complementarias para los funcionarios de CORPOURABA, en el marco del Sistema de Salud y Seguridad en el Trabajo.
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	11/04/2023
PERIODO DEL INFORME:	Octubre de 2023

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES SEGURIDAD SOCIAL:
(Solo para contrato de prestación de servicios)

Cumplimiento de Obligación	Marque con una X		Nombre	
	Si	No		
Pago de Salud:	X		E.P.S:	
Pago de Pensión:	X		Fondo:	
Pago Riesgos Laborales:	X		Administradora:	

ESPECIFIQUE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y SU DESARROLLO DURANTE EL PERIODO:
(Favor agregue las filas que requiera)

No. **OBLIGACION**

- Realizar los siguientes exámenes médicos y pruebas complementarias relacionadas:

Nº	ITEM
1	**Examen de ingreso laboral:** Contiene Optometría, examen médico osteomuscular y Audiometría Tamiz.
2	**Examen Médico Periódico Conductores:** Contiene: EXAMEN MÉDICO OSTEOMUSCULAR (PERIÓDICO), AUDIOMETRÍA TAMIZ, OPTOMETRÍA, GLUCOSA (GLICEMIA)1 EN AYUNAS, Prueba Psicosensométrica, DROGAS DE ABUSO (COCAINA- MARIHUANA)
3	**Examen Médico Periódico Administrativo:** Contiene Optometría, examen médico osteomuscular y Audiometría Tamiz.
4	**Examen periódico Laboratorio (químico):** Contiene Examen médico osteomuscular, audiometría tamiz, optometría, hemograma electrónico, espirometría, creatinina, Transaminasa, oxalacetina (GOT -AST-ASA), Transaminaza piruvica (TGP-ALT- ALAT)
5	**Consulta Concepto Medico Ocupacional** (Reubicación, Reingreso al trabajo, paciente Crónico, Restricciones laborales)
6	**Examen de retiro:** Contiene Optometría, examen médico osteomuscular y Audiometría Tamiz.

7	**Examen aleatorio Conductores:** EXAMEN DE DROGAS DE ABUSO (BRIGADAS) PANEL DE 12, Cocaína, MARIHUANA (CANNABINOIDES) , ALCOHOL "PRUEBA RAPIDA EN SALIVA" y ETANOL (ALCOHOL ETILICO) EN SANGRE.
8	Estudio de puesto de trabajo
9	Consulta por Psicología por primera vez
10	Consulta por Psicología (Seguimiento)
11	**Examen perfil para alturas** Contiene: (Examen médico osteomuscular, audiometría tamiz, optometría, hemoglobina y hematocrito, glicemia, colesterol total, triglicéridos y electrocardiograma)
12	Capacitaciones por hora (temas SST)

- Concertar día y horarios de realización de los exámenes médicos con el supervisor del contrato.
- Presentar informe a la Entidad personalizado en el que incluya estado de salud y restricciones de los funcionarios.
- Garantizar la calidad y oportunidad en la entrega de los exámenes médicos.
- Entregar al supervisor del contrato la respectiva factura de los servicios prestados, discriminando las cantidades y los valores desagregados por ítems.
- Mantener la custodia de las historias clínicas dé los exámenes practicados a los funcionarios conforme a la ley y la normativa vigente en la materia.
- El contratista deberá soportar licencia vigente de acuerdo con lo establecido en la Resolución 4502 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.
- El contratista deberá soportar Registro de habilitación por el Ministerio de Salud, del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS conforme a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019.
- El contratista deberá tener sede presencial en el Municipio de Apartado, Antioquia, para garantizar la prestación del servicio solicitado.
- Cumplir con el pago oportuno de los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social y parafiscales.
- Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato le imparta el supervisor del contrato.
- Las demás que establezcan la ley de conformidad al objeto contractual.
- Prestar el servicio donde lo requiera el supervisor del contrato

No. **ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

Durante los meses de abril, junio, julio y agosto, en el desarrollo del contrato el contratista realizo el suministro de los siguientes servicios.

PACIENTE	SERVICIO	FECHA	ID	TIPOEXAMEN
LUIS ALFREDO GUERRA NEGRETE	GLICEMIA EN AYUNAS	27/04/2023	8322692	PERIODICO PARA CONDUCTORES
LUIS ALFREDO GUERRA NEGRETE	OPTOMETRIA	27/04/2023	8322692	PERIODICO PARA CONDUCTORES
LUIS ALFREDO GUERRA NEGRETE	PRUEBA DE MARIHUANA Y COCAINA	27/04/2023	8322692	PERIODICO PARA CONDUCTORES
LUIS ALFREDO GUERRA NEGRETE	PSICOSENSOMETRICO	27/04/2023	8322692	PERIODICO PARA CONDUCTORES
LUIS ALFREDO GUERRA NEGRETE	AUDIOMETRIA TAMIZ	27/04/2023	8322692	PERIODICO PARA CONDUCTORES
LUIS ALFREDO GUERRA NEGRETE	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	27/04/2023	8322692	PERIODICO PARA CONDUCTORES
BONNY PATRICIA MENA GIRALDO	OPTOMETRIA	28/04/2023	39319520	INGRESO
BONNY PATRICIA MENA GIRALDO	AUDIOMETRIA TAMIZ	28/04/2023	39319520	INGRESO

BONNY PATRICIA MENA GIRALDO	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	28/04/2023	39319520	INGRESO
CARLOS ARTURO ORREGO MONTOYA	GLICEMIA	29/04/2023	1027944504	PERIODICO PARA CONDUCTORES
CARLOS ARTURO ORREGO MONTOYA	OPTOMETRIA	29/04/2023	1027944504	PERIODICO PARA CONDUCTORES
CARLOS ARTURO ORREGO MONTOYA	PRUEBA DE MARIHUANA Y COCAINA	29/04/2023	1027944504	PERIODICO PARA CONDUCTORES
CARLOS ARTURO ORREGO MONTOYA	PSICOSENSOMETRICO	29/04/2023	1027944504	PERIODICO PARA CONDUCTORES
CARLOS ARTURO ORREGO MONTOYA	AUDIOMETRIA TAMIZ	29/04/2023	1027944504	PERIODICO PARA CONDUCTORES
CARLOS ARTURO ORREGO MONTOYA	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	29/04/2023	1027944504	PERIODICO PARA CONDUCTORES
GINA PAOLA MOSQUERA VARGAS	GLICEMIA EN AYUNAS	29/04/2023	1040363969	PERIODICO PARA CONDUCTORES
GINA PAOLA MOSQUERA VARGAS	OPTOMETRIA	29/04/2023	1040363969	PERIODICO PARA CONDUCTORES
GINA PAOLA MOSQUERA VARGAS	PRUEBA DE MARIHUANA Y COCAINA	29/04/2023	1040363969	PERIODICO PARA CONDUCTORES
GINA PAOLA MOSQUERA VARGAS	PSICOSENSOMETRICO	29/04/2023	1040363969	PERIODICO PARA CONDUCTORES
GINA PAOLA MOSQUERA VARGAS	AUDIOMETRIA TAMIZ	29/04/2023	1040363969	PERIODICO PARA CONDUCTORES
GINA PAOLA MOSQUERA VARGAS	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	29/04/2023	1040363969	PERIODICO PARA CONDUCTORES

PACIENTE	SERVICIO	FECHA	ID	TIPO EXAMEN
ELIUTD MENA VARGAS	GLICEMIA EN AYUNAS	7/06/2023	1028010589	PERIODICO PARA CONDUCTORES
ELIUTD MENA VARGAS	OPTOMETRIA	7/06/2023	1028010589	PERIODICO PARA CONDUCTORES
ELIUTD MENA VARGAS	PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	7/06/2023	1028010589	PERIODICO PARA CONDUCTORES
ELIUTD MENA VARGAS	PSICOSENSOMETRICO	7/06/2023	1028010589	PERIODICO PARA CONDUCTORES
ELIUTD MENA VARGAS	AUDIOMETRIA TAMIZ	7/06/2023	1028010589	PERIODICO PARA CONDUCTORES
ELIUTD MENA VARGAS	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	7/06/2023	1028010589	PERIODICO PARA CONDUCTORES
JAIRO ANDRES AGUDELO ARREDONDO	OPTOMETRIA	26/06/2023	71708491	INGRESO
JAIRO ANDRES AGUDELO ARREDONDO	AUDIOMETRIA TAMIZ	26/06/2023	71708491	INGRESO
JAIRO ANDRES AGUDELO ARREDONDO	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	26/06/2023	71708491	INGRESO
JUAN GUILLERMO CANO USMA	OPTOMETRIA	26/06/2023	98558208	INGRESO
JUAN GUILLERMO CANO USMA	AUDIOMETRIA TAMIZ	26/06/2023	98558208	INGRESO
JUAN GUILLERMO CANO USMA	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	26/06/2023	98558208	INGRESO
ALVARO JAVIER MARTINEZ BALLESTEROS	GLICEMIA EN AYUNAS	26/06/2023	1027960583	PERIODICO PARA CONDUCTORES

ALVARO JAVIER MARTINEZ BALLESTEROS	OPTOMETRIA	26/06/2023	1027960583	PERIODICO PARA CONDUCTORES
ALVARO JAVIER MARTINEZ BALLESTEROS	PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	26/06/2023	1027960583	PERIODICO PARA CONDUCTORES
ALVARO JAVIER MARTINEZ BALLESTEROS	PSICOSENSOMETRICO	26/06/2023	1027960583	PERIODICO PARA CONDUCTORES
ALVARO JAVIER MARTINEZ BALLESTEROS	AUDIOMETRIA TAMIZ	26/06/2023	1027960583	PERIODICO PARA CONDUCTORES
ALVARO JAVIER MARTINEZ BALLESTEROS	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	26/06/2023	1027960583	PERIODICO PARA CONDUCTORES
MARGARA ALQUERQUE CAMARGO	OPTOMETRIA	26/06/2023	1067889185	INGRESO
MARGARA ALQUERQUE CAMARGO	AUDIOMETRIA TAMIZ	26/06/2023	1067889185	INGRESO
MARGARA ALQUERQUE CAMARGO	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	26/06/2023	1067889185	INGRESO
ANA ISABEL RUIZ RAVE	OPTOMETRIA	26/06/2023	1152207110	INGRESO
ANA ISABEL RUIZ RAVE	AUDIOMETRIA TAMIZ	26/06/2023	1152207110	INGRESO
ANA ISABEL RUIZ RAVE	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	26/06/2023	1152207110	INGRESO
GUSTAVO MATEUS DIAZ MENDOZA	OPTOMETRIA	26/06/2023	1033375858	INGRESO
GUSTAVO MATEUS DIAZ MENDOZA	AUDIOMETRIA TAMIZ	26/06/2023	1033375858	INGRESO
GUSTAVO MATEUS DIAZ MENDOZA	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	26/06/2023	1033375858	INGRESO
ADELAIDA PASTRANA ROMERO	HEMOGRAMA COMPLETO	26/06/2023	26066616	PERIODICO
ADELAIDA PASTRANA ROMERO	GOT/AST	26/06/2023	26066616	PERIODICO
ADELAIDA PASTRANA ROMERO	GPT/ALT	26/06/2023	26066616	PERIODICO
ADELAIDA PASTRANA ROMERO	OPTOMETRIA	26/06/2023	26066616	PERIODICO
ADELAIDA PASTRANA ROMERO	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	26/06/2023	26066616	PERIODICO
ADELAIDA PASTRANA ROMERO	ESPIROMETRIA	26/06/2023	26066616	PERIODICO
ADELAIDA PASTRANA ROMERO	AUDIOMETRIA TAMIZ	26/06/2023	26066616	PERIODICO
ADELAIDA PASTRANA ROMERO	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	26/06/2023	26066616	PERIODICO
JORGE ALBERTO PEREZ DAZA	GLICEMIA EN AYUNAS	26/06/2023	1128384183	INGRESO
JORGE ALBERTO PEREZ DAZA	OPTOMETRIA	26/06/2023	1128384183	INGRESO
JORGE ALBERTO PEREZ DAZA	PRUEBA DE MARIHUANA Y COCAINA	26/06/2023	1128384183	INGRESO
JORGE ALBERTO PEREZ DAZA	PSICOSENSOMETRICO	26/06/2023	1128384183	INGRESO
JORGE ALBERTO PEREZ DAZA	AUDIOMETRIA TAMIZ	26/06/2023	1128384183	INGRESO

JORGE ALBERTO PEREZ DAZA	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	26/06/2023	1128384183	INGRESO
JORGE ALFREDO RAMOS MONTIEL	GLICEMIA EN AYUNAS	29/06/2023	1069492177	INGRESO PARA CONDUCTORES
JORGE ALFREDO RAMOS MONTIEL	OPTOMETRIA	29/06/2023	1069492177	INGRESO PARA CONDUCTORES
JORGE ALFREDO RAMOS MONTIEL	PRUEBA DE MARIHUANA Y COCAINA	29/06/2023	1069492177	INGRESO PARA CONDUCTORES
JORGE ALFREDO RAMOS MONTIEL	PSICOSENSOMETRICO	29/06/2023	1069492177	INGRESO PARA CONDUCTORES
JORGE ALFREDO RAMOS MONTIEL	AUDIOMETRIA TAMIZ	29/06/2023	1069492177	INGRESO PARA CONDUCTORES
JORGE ALFREDO RAMOS MONTIEL	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	29/06/2023	1069492177	INGRESO PARA CONDUCTORES

PACIENTE	SERVICIO	FECHA	ID	TIPOEXAMEN
STELA REYES BALLESTERO	HEMOGRAMA COMPLETO	14/07/2023	39423778	INGRESO
STELA REYES BALLESTERO	GOT/AST	14/07/2023	39423778	INGRESO
STELA REYES BALLESTERO	GPT/ALT	14/07/2023	39423778	INGRESO
STELA REYES BALLESTERO	OPTOMETRIA	14/07/2023	39423778	INGRESO
STELA REYES BALLESTERO	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	14/07/2023	39423778	INGRESO
STELA REYES BALLESTERO	ESPIROMETRIA	14/07/2023	39423778	INGRESO
STELA REYES BALLESTERO	AUDIOMETRIA TAMIZ	14/07/2023	39423778	INGRESO
STELA REYES BALLESTERO	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	14/07/2023	39423778	INGRESO
DAISSY HELENA VELEZ VELLOJIN	OPTOMETRIA	19/07/2023	43272549	INGRESO
DAISSY HELENA VELEZ VELLOJIN	AUDIOMETRIA TAMIZ	19/07/2023	43272549	INGRESO
DAISSY HELENA VELEZ VELLOJIN	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	19/07/2023	43272549	INGRESO
DENIS IDALY SEGURO GAVIRIA	OPTOMETRIA	17/07/2023	43344556	INGRESO
DENIS IDALY SEGURO GAVIRIA	AUDIOMETRIA TAMIZ	17/07/2023	43344556	INGRESO
DENIS IDALY SEGURO GAVIRIA	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	17/07/2023	43344556	INGRESO

PACIENTE	SERVICIO	FECHA	ID	TIPOEXAMEN
ABSALON PEREZ VILLERO	GLICEMIA EN AYUNAS	28/08/2023	71942005	PERIODICO PARA CONDUCTORES
ABSALON PEREZ VILLERO	OPTOMETRIA	28/08/2023	71942005	PERIODICO PARA CONDUCTORES
ABSALON PEREZ VILLERO	PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	28/08/2023	71942005	PERIODICO PARA CONDUCTORES
ABSALON PEREZ VILLERO	PSICOSENSOMETRICO	28/08/2023	71942005	PERIODICO PARA CONDUCTORES
ABSALON PEREZ VILLERO	AUDIOMETRIA TAMIZ	28/08/2023	71942005	PERIODICO PARA CONDUCTORES
ABSALON PEREZ VILLERO	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	28/08/2023	71942005	PERIODICO PARA CONDUCTORES
PAUL MATEO PEREZ ARANGO	GLICEMIA EN AYUNAS	28/08/2023	1045498866	PERIODICO PARA CONDUCTORES

PAUL MATEO PEREZ ARANGO	OPTOMETRIA	28/08/2023	1045498866	PERIODICO PARA CONDUCTORES
PAUL MATEO PEREZ ARANGO	PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	28/08/2023	1045498866	PERIODICO PARA CONDUCTORES
PAUL MATEO PEREZ ARANGO	PSICOSENSOMETRICO	28/08/2023	1045498866	PERIODICO PARA CONDUCTORES
PAUL MATEO PEREZ ARANGO	AUDIOMETRIA TAMIZ	28/08/2023	1045498866	PERIODICO PARA CONDUCTORES
PAUL MATEO PEREZ ARANGO	EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	28/08/2023	1045498866	PERIODICO PARA CONDUCTORES

No.	**ACTIVIDADES PENDIENTES**
	Las actividades se van desarrollando a solicitud del supervisor y de acuerdo a la necesidad del servicio en la Entidad.

No.	**OBSERVACIONES** (Para las cuentas de manejo conjunto relacione por favor el número de cuenta bancaria, beneficiarios, número de cheque y valor).
	Adjunto soportes de exámenes médicos realizados.

No.	**FORMA DE PAGO PACTADA**
	CORPOURABA cancelará al contratista la suma pactada en el contrato, con pagos de periodicidad mínima mensual, correspondiente a las actividades ejecutadas, hasta agotar el presupuesto y según los servicios prestados de acuerdo a las obligaciones de contrato, acreditación de pago a la seguridad social, presentación de factura, previo visto bueno del supervisor y acorde al cronograma de pagos de CORPOURABA.

VALOR TOTAL DEL CONTRATO/CONVENIO:	**$12.851.014** Incluido IVA.

EJECUCIÓN FINANCIERA

(Para los convenios solo se tendrán en cuenta los recursos aportados por CORPOURABA)

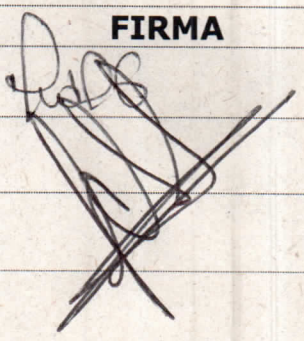
VALOR CONTRATO	$12.851.014
VALOR PAGADO	$0

VALOR A PAGAR HONORARIOS/SUMINISTRO DE BIENES Y SERVICIOS	$2.394.000
VALOR A PAGAR OTROS (Transporte, gastos de viaje, arrendamientos, entre otros que incluya el contrato/convenio)	$0
TOTAL A PAGAR	$2.394.000
SALDO	$ 10.457.014

EJECUCIÓN PORCENTUAL

(Para los convenios solo se tendrán en cuenta los recursos aportados por CORPOURABA)

TIPO	%
EJECUCIÓN FINANCIERA	18,6%
EJECUCIÓN FÍSICA	18,6%

ROL	NOMBRE	CARGO	FIRMA
SUPERVISOR(A)	Yudy Celi Garcia Madrid	Profesional universitario	
SUBDIRECTOR(A) DEL ÁREA	Juliana Chica Londoño	SAF	
COORDINADOR PROYECTO	Natalia Osorio	Profesional universitaria	

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



900467430-3
LSST. N° 2021060099685 del

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 43272549-68051

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	19/07/2023 APARTADO	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	DAISSY HELENA VELEZ VELLOJIN	**Identificación:**	43272549
Género	FEMENINO **Edad:** 41	**Teléfono**	**Móvil:** 3113567663
Estado Civil:	CASADO(A)	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Dirección	VEREDA VILLA NUIEVA CURRULAO	**EPS:**	EPS SURA
Empresa	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA -	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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.
OPTOMETRIA	CON ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA, QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. CONTROL ANUAL.
EXAMEN OCUPACIONAL 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 LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL., PRESENTA ALTERACION VISUAL, SEGUIR RECOMENDACIONES SEGUN OPTOMETRIA PARA EL USO DE LENTES, CONTROL PERIODICO ANUAL.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE LABORAR CON RECOMENDACIONES , SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

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 CERCANA DURANTE JORNADA LABORAL.

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		

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

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA	PRESENTA TRASTORNO REFRACTARIO CERCANA 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 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 veridicas. 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:

Sandra Segura.
SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ.
MEDICO ESPECIALISTA SST
REG 16004-08022022

Médico Especialisa en Salud Laboral
SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ
1600408020222

Daissy H Velez



Firma y cédula del Paciente
DAISSY HELENA VELEZ VELLOJIN
43272549

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Cedisalud

900467430-3
LSST. N° 2021060099685 del

CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 1040363969-66140

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	29/04/2023 APARTADO	**Tipo de Examen:**	PERIODICO PARA CONDUCTORES
Paciente:	GINA PAOLA MOSQUERA VARGAS	**Identificación:**	1040363969
Género	FEMENINO **Edad:** 32	**Teléfono**	**Móvil:** 3014551467
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO-CONDUCTOR
Dirección	BARIRO KENNEDY	**EPS:**	EPS SURA
Empresa	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA -	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOSENSOMETRICO	CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL. IGUALMENTE, SE SUGIERE TRABAJAR MÁS EN SU REACCION AL FRENADO PARA GENERAR RESPUESTAS RÁPIDAS Y EFECTIVAS.
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.
OPTOMETRIA	SIN ALTERACION VISUAL ACTUAL QUE INTERFIERA CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. CONTROL ANUAL
EXAMEN OCUPACIONAL 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 POSTURÁ EN TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES, DURANTE LA EJECUCION DE LA LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL. REINDUCCION SOBRE LABORES., 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.. ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES,INFERIORES,COLUMNA VERTEBRAL). ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES,INFERIORES,COLUMNA VERTEBRAL)
GLICEMIA EN AYUNAS	SE REAIZO, SIN ALTERACION
PRUEBA DE MARIHUANA Y COCAINA	SE REAIZO, SIN ALTERACION

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES, SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: RECOMENDACIONES NUTRICIONALES POR ALTERACION DEL PESO QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENDE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES, VERIFIQUE CONDICIONES DEL VEHICULO PREVIAMENTE AL USO, RESPETE LA NORMAS DE TRANSITO, RECUERDE MANTENER LA DISTANCIA DE SEGURIDAD, USE SIEMPRE EL CINTURON DE SEGURIDAD, RESPETE LOS LIMITES DE VELOCIDAD, EVITE INGERIR ALIMENTOS, NO FUMAR CONDUCIENDO, IDENTIFIQUE CUALQUIER PELIGRO FÍSICO, NO REALICE DESPLAZAMIENTOS DEL VEHICULO CON PUERTAS O COMPUERTAS ABIERTA, NI CON PERSONAL AGARRADO EN ALGUN EXTREMO, INFORME OPORTUNAMENTE CAMBIOS EN SUS CONDICIONES DE SALUD A SUS SUPERVISORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍCAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS, NO CONDUZCA SI HA INGERIDO ALGUN TIPO DE LICOR.

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		

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

NUTRICIÓNAL	CONTROL NUTRICIONALY METABOLICO , ALIMENTACION BALANCEADA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.	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 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 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:

Sandra Segura.
SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ.
MEDICO ESPECIALISTA SST
REG 16004-08022022

SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ





GINA PAOLA MOSQUERA VARGAS 1040363969

Firma y cédula del Paciente

1600408020222

Médico Especialisa en Salud Laboral

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Cedisalud

900467430-3
LSST. N° 2021060099685 del

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 39319520-66127

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	28/04/2023 APARTADO	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	BONNY PATRICIA MENA GIRALDO	**Identificación:**	39319520
Género	FEMENINO **Edad:** 40	**Teléfono**	**Móvil:** 3012307171
Estado Civil:	CASADO(A)	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Dirección	BARRIO LOS PINOS	**EPS:**	EPS SURA
Empresa	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA	**Escolaridad:**	MAESTRIA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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.
OPTOMETRIA	CON ALTERACION VISUAL CORREGIDA, QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, CONTROL ANUAL.
EXAMEN OCUPACIONAL 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 LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL., PRESENTA ALTERACION VISUAL, SEGUIR RECOMENDACIONES SEGUN OPTOMETRIA PARA EL USO DE LENTES, CONTROL PERIODICO ANUAL.. ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES,INFERIORES,COLUMNA VERTEBRAL). ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES,INFERIORES,COLUMNA VERTEBRAL)

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE LABORAR CON RECOMENDACIONES , SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

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 CERCANA Y LEJANA DURANTE JORNADA LABORAL.

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 ENFRENTE 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 INFERIOES 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 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		

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

NO

Información de Remisiones

NO

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 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:

Sandra Segura.
SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ.
MEDICO ESPECIALISTA SST
REG 16004-08022022

SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ

Bonny Pat



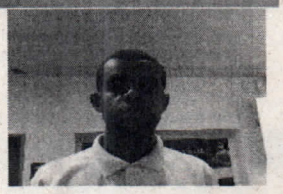
BONNY PATRICIA MENA GIRALDO 39319520

Firma y cédula del Paciente

1600408020222

Médico Especialisa en Salud Laboral

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Cedisalud

900467430-3
LSST. N° 2021060099685 del

EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

Certificado de aptitud: 1028010589-66921

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	7/06/2023 APARTADO		**Tipo de Examen:**	PERIODICO PARA CONDUCTORES	
Paciente:	ELIUTD MENA VARGAS		**Identificación:**	1028010589	
Género	MASCULINO	**Edad:** 30	**Teléfono**	**Móvil:**	3104130173
Estado Civil:	CASADO(A)		**Cargo:**	TECNICO ADMINISTRATICO / CONDUCTOR	
Dirección	BARRIO EL CONSEJO		**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud	
Empresa	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA		**Escolaridad:**	TECNOLÓGICO	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOSENSOMETRICO	CUMPLE A CABALIDAD CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACIÓN MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL - EXCELENTE SEGUIMIENTO Y EJECUCIÓN DE INSTRUCCIONES. ATENCIÓN FIJA A ESTIMULOS NUEVOS CON RÁPIDA Y EFECTIVA RESPUESTA, REACCIÓN AL FRENADO APROPIADA, SE EVIDENCIA MUY BUENA COORDINACIÓN VISOMOTRIZ EN TAREA BIMANUAL, EXCELENTE CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN VÍAL.
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.
OPTOMETRIA	SIN ALTERACION VISUAL ACTUAL QUE INTERFIERA CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. CONTROL ANUAL
EXAMEN OCUPACIONAL 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 LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL. REINDUCCION SOBRE LABORES.. ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES,INFERIORES,COLUMNA VERTEBRAL)
PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	SE REALIZO, SIN ALTERACION
GLICEMIA EN AYUNAS	SE REALIZO, SIN ALTERACION

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES PARA EL CARGO
CON APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ ADECUADA PARA CONTINUAR EN PROGRAMA SEGURIDAD VIAL

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENDE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES, VERIFIQUE CONDICIONES DEL VEHICULO PREVIAMENTE AL USO, RESPETE LA NORMAS DE TRANSITO, RECUERDE MANTENER LA DISTANCIA DE SEGURIDAD, USE SIEMPRE EL CINTURON DE SEGURIDAD, RESPETE LOS LIMITES DE VELOCIDAD, EVITE INGERIR ALIMENTOS, NO FUMAR CONDUCIENDO, IDENTIFIQUE CUALQUIER PELIGRO FÍSICO, NO REALICE DESPLAZAMIENTOS DEL VEHICULO CON PUERTAS O COMPUERTAS ABIERTA, NI CON PERSONAL AGARRADO EN ALGUN EXTREMO, INFORME OPORTUNAMENTE CAMBIOS EN SUS CONDICIONES DE SALUD A SUS SUPERVISORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍCAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS, NO CONDUZCA SI HA INGERIDO ALGUN TIPO DE LICOR.

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		

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

NO

Información de Remisiones

NO

Recomendaciones al Empleador

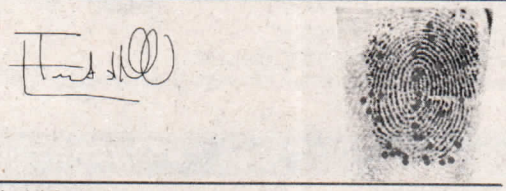
- Realizar inducción de acuerdo al cargo a desempeñar.
- Capacitación y entrenamiento de prevención de los riesgo según su ocupación.
- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Incluir al trabajador en los sistemas de vigilancia epidemiológica 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 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 mi 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:



Sandra Segura.
SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ.
MEDICO ESPECIALISTA SST
REG 16004-08022022

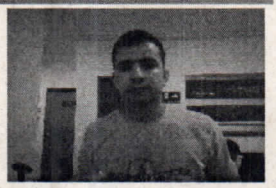


Médico Especialisa en Salud Laboral
SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ
1600408020222

Firma y cédula del Paciente
ELIUTD MENA VARGAS
1028010589

CERTIFICADO DE APTITUD METAL, FISICA Y COORDINACION MOTRIZ PARA SEGURIDAD VI

Cedisalud



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	29/04/2023 APARTADO	**Tipo de Examen:**	PERIODICO PARA CONDUCTORES
Paciente:	CARLOS ARTURO ORREGO MONTOYA	**Identificación:**	1027944504
Género	MASCULINO **Edad:** 36	**Teléfono**	**Móvil:** 3113719789
Fecha Nacimiento:	28/09/1986	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO-CONDUCTOR
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	EPS SURA
Dirección	URBANIZACION LAS COLINAS	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Empresa	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA		

La certificación de las condiciones de salud para realizar trabajos de conducción de vehículos de manera segura, está reglamentada por el Ministerio de Transporte mediante la Ley 1503 de 2011; el Decreto 2852 de 2013; las resoluciones 2984 de 2007, 12336 de 2012, 1565 y 217 de 2014 y establece que todo trabajador que vaya a realizar actividades de conducción de vehículos, requiere tener una certificación de cumplimiento de los requisitos exigidos.

CONCEPTO DE APTITUD

CON APTITUD MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ ADECUADAS PARA CONDUCIR.

CONSIDERACIONES TENIDAS EN CUENTA PARA LA EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE APTITUD FISICA, MENTAL Y DE COORDINACION MOTRIZ PARA EL INGRESO AL PROGRAMA DE SEGURIDAD VIAL:

Este tipo de actividades está considerado como de alto riesgo para la seguridad y vida de los trabajadores que los realizan y de terceros, lo que hace necesario tomar todas las medidas de seguridad necesarias para minimizar el riesgo de eventos adversos. La evaluación médica se ciñe a lo establecido en las Resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 de los Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección social y al Protocolo Medico de Seguridad Vial, acorde con el anexo de la Resolución 12336 de 2012, para definir la aptitud en aspirantes a realizar este tipo de trabajos.
Esta certificación establece que las condiciones del evaluado son adecuadas, con relación a las exigencias psicofísicas de la actividad.
Para esta certificación se tuvieron en cuenta:
1 . La Evaluación Psicológica se hace para descartar posibles trastornos que influyan de manera negativa en la conducción, mediante un examen mental, un test de personalidad y la evaluación clínica para corroborar su estado, de manera confiable.
2. La prueba de conducción motriz evalúa que no existan alteraciones motrices que impidan la conducción. Se hace mediante la verificación de la respuesta visual para adecuarse a condiciones cambiantes, la coordinación bimanual y la medición de los tiempos requeridos para reacciones múltiples.
3. La evaluación de su capacidad visual, la cual es indispensable para la identificación de peligros.
4. La audiometría, para valorar la capacidad auditiva para escuchar advertencias y garantizar un adecuado relacionamiento con el entorno.
5. Un completo examen médico, que incluye un énfasis osteomuscular y un exhaustivo examen de equilibrio, el cual incluye pruebas clínicas de equilibrio y estático.
6. Pruebas de laboratorio, "perfil metabolico", que nos permiten dar una valoración integral sobre el estado general de salud para desempeñar el cargo.

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

EN EL MOMENTO NO PRESENTA.

REMISIONES

RAQUEL DOMINGUEZ JARAMILLO
PSICOLOGA
TP 250218-20220613

RAQUEL FRANCISCA DOMINGUEZ JARAMILLO TP 250218-2022
Profesional

CARLOS ARTURO ORREGO MONTOYA 1027944504
Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Cedisalud

900467430-3
LSST. N° 2021060099685 del

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 71708491-67455

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	26/06/2023 APARTADO	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JAIRO ANDRES AGUDELO ARREDONDO	**Identificación:**	71708491
Género	MASCULINO **Edad:** 53	**Teléfono**	**Móvil:** 3006852592
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Dirección	BARRIO EL REPOSO	**EPS:**	EPS SURA
Empresa	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA	**Escolaridad:**	MAESTRIA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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.
OPTOMETRIA	CON ALTERACION VISUAL CORREGIDA, QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, CONTROL ANUAL.REQUIERE USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE
EXAMEN OCUPACIONAL 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 LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL., PRESENTA ALTERACION VISUAL, SEGUIR RECOMENDACIONES SEGUN OPTOMETRIA PARA EL USO DE LENTES, CONTROL PERIODICO ANUAL., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.. ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES,INFERIORES,COLUMNA VERTEBRAL)

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE LABORAR CON RECOMENDACIONES , SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

Observaciones:

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 ENFRENTE 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 INFERIOES 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 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		

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

VISUAL	PPyP

Información de Remisiones

NO

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 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 Especialisa en Salud Laboral
ALEJANDRO PELAEZ SANCHEZ
LICSST12440310092014 LICSST124

Firma y cédula del Paciente
JAIRO ANDRES AGUDELO ARREDONDO
71708491

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Cedisalud

900467430-3
LSST. N° 2021060099685 del

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 98558208-67456

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	26/06/2023 APARTADO	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JUAN GUILLERMO CANO USMA	**Identificación:**	98558208
Género	MASCULINO **Edad:** 51	**Teléfono**	**Móvil:** 3167199516
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Dirección	BARRIO NUEVO APARTADO	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Empresa	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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.
OPTOMETRIA	CON ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA, QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. CONTROL ANUAL.USO DE RX PARA VISION PROXIMA O DE PRECISION
EXAMEN OCUPACIONAL 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.. EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR, RECOMENDAMOS REALIZAR ACTIVIDADES LABORALES ADOPTANDO UNA ADECUADA POSTURA EN TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES, DURANTE LA EJECUCION DE LA LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL., REALIZAR EJERCICIOS PARA MUSCULOS DE CUELLO Y HOMBRO MINIMO 3 VECES POR SEMANA APROX 20 MIN SESION, EVITAR CARGA>5 KG, EVITAR EMPUJE O ARRASTRE DE CARGAS >10 KG, EVITAR ELEVACION DE EXTREMIDAD POR ENCIAMA DE HOMBRO. NO ACTIVIDADES REPETITIVAS, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE LABORAR CON RECOMENDACIONES , SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

Observaciones: TRABAJADOR CON ANTEDEDENTE DE ALTERACION MUSCULAR EN HOMBRO IZQUIERDO QUE NO LO LIMITA PARA SU LABOR, PERO DEBE CONTINUAR EN CONTROL Y MANEJO POR ORTOPEDIA.

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 ENFRENTE 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 INFERIOES 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 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		

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

ERGONÓMICO	EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ZONA DORSAL , LUMBAR Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE CALZADO ADECUADO PARA LABOR, REALIZAR INDUCCION O REINDUCCION SOBRE HIGUIENE POSTURAL.	PPyP

Información de Remisiones

ORTOPEDIA	-

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 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 veridicas. 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:

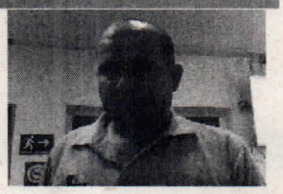
ALEJANDRO PELAEZ SANCHEZ
MEDICO ESPECIALISTA SST
REG 12440310092014

Médico Especialisa en Salud Laboral
ALEJANDRO PELAEZ SANCHEZ
LICSST12440310092014 LICSST124



Firma y cédula del Paciente
JUAN GUILLERMO CANO USMA
98558208

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Cedisalud

900467430-3
LSST. N° 2021060099685 del

CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 1027960583-67459

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	26/06/2023 APARTADO	**Tipo de Examen:**	PERIODICO PARA CONDUCTORES
Paciente:	ALVARO JAVIER MARTINEZ BALLESTEROS	**Identificación:**	1027960583
Género	MASCULINO **Edad:** 34	**Teléfono**	**Móvil:** 3128578558
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Dirección	BARRIO LAURELES	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Empresa	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA -	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOSENSOMETRICO	CUMPLE A CABALIDAD CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACIÓN MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL - EXCELENTE SEGUIMIENTO Y EJECUCIÓN DE INSTRUCCIONES. ATENCIÓN FIJA A ESTIMULOS NUEVOS CON RÁPIDA Y EFECTIVA RESPUESTA, REACCIÓN AL FRENADO APROPIADA, SE EVIDENCIA MUY BUENA COORDINACIÓN VISOMOTRIZ EN TAREA BIMANUAL, EXCELENTE CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN VÍAL.
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.
OPTOMETRIA	SIN ALTERACION VISUAL ACTUAL QUE INTERFIERA CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. CONTROL ANUAL
EXAMEN OCUPACIONAL 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., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA., RECOMENDAMOS REALIZAR ACTIVIDADES LABORALES ADOPTANDO UNA ADECUADA POSTURA EN TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES, DURANTE LA EJECUCION DE LA LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL. REINDUCCION SOBRE LABORES.. ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES,INFERIORES,COLUMNA VERTEBRAL)
PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	SE REALIZO, SIN ALTERACION
GLICEMIA EN AYUNAS	SE REALIZO, SIN ALTERACION

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES PARA EL CARGO
CON APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ ADECUADA PARA CONTINUAR EN PROGRAMA SEGURIDAD VIAL

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENDE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES, VERIFIQUE CONDICIONES DEL VEHICULO PREVIAMENTE AL USO, RESPETE LA NORMAS DE TRANSITO, RECUERDE MANTENER LA DISTANCIA DE SEGURIDAD, USE SIEMPRE EL CINTURON DE SEGURIDAD, RESPETE LOS LIMITES DE VELOCIDAD, EVITE INGERIR ALIMENTOS, NO FUMAR CONDUCIENDO, IDENTIFIQUE CUALQUIER PELIGRO FÍSICO, NO REALICE DESPLAZAMIENTOS DEL VEHICULO CON PUERTAS O COMPUERTAS ABIERTA, NI CON PERSONAL AGARRADO EN ALGUN EXTREMO, INFORME OPORTUNAMENTE CAMBIOS EN SUS CONDICIONES DE SALUD A SUS SUPERVISORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍCAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS, NO CONDUZCA SI HA INGERIDO ALGUN TIPO DE LICOR.

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		

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

NO

Información de Remisiones

NO

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 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 mi 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:

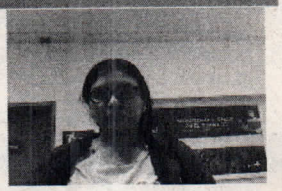
ALEJANDRO PELAEZ SANCHEZ
MEDICO ESPECIALISTA SST
REG 12440310092014

Médico Especialisa en Salud Laboral
ALEJANDRO PELAEZ SANCHEZ
LICSST12440310092014 LICSST124



Firma y cédula del Paciente
ALVARO JAVIER MARTINEZ BALLESTEROS
1027960583

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Cedisalud

900467430-3
LSST. N° 2021060099685 del

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 1067889185-67460

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	26/06/2023 APARTADO	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	MARGARA ALQUERQUE CAMARGO	**Identificación:**	1067889185
Género	FEMENINO **Edad:** 33	**Teléfono**	**Móvil:** 3234659382
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Dirección	BARRIO SANTILLANA	**EPS:**	EPS SURA
Empresa	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA -	**Escolaridad:**	MAESTRIA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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.
OPTOMETRIA	CON ALTERACION VISUAL CORREGIDA, QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, CONTROL ANUAL.REQUIERE USO DE RX PERMANENTE
EXAMEN OCUPACIONAL 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., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA., EVITAR POSICION DE RODILLAS Y CUNCLILLAS, EVITAR CARGAS Y DESPLAZAMIENTOS DE PESO MAYOR DE 5 KG EN JORNADA LABORAL, REALIZAR DESPLAZAMIENTO LENTOS Y PAUSADOS EN SUPERFICIES IRREGULARES Y AL MOMENTO DE SUBIR Y BAJAR ESCALERAS, PRESENTA ALTERACION VISUAL, SEGUIR RECOMENDACIONES SEGUN OPTOMETRIA PARA EL USO DE LENTES, CONTROL PERIODICO ANUAL., RECOMENDAMOS REALIZAR ACTIVIDADES LABORALES ADOPTANDO UNA ADECUADA POSTURA EN TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES, DURANTE LA EJECUCION DE LA LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL.. HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE LABORAR CON RECOMENDACIONES , SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

Observaciones: REFIERE DOLOR CRONICO DE COLUMNA EN EL MOMENTO ASINTOMATICA, SE DAN RECOMENDACIONES DE PAUSAS ACTIVAS Y CONSULTAR NUEVAMENTE SI PRESENTA MOLESTIA, NO LA RESTRINGE PARA SU LABOR HABITUAL.

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 ENFRENTE 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 INFERIOES 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 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		

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

ERGONÓMICO		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

ORTOPEDIA	CONTINUAR EN CONTROLES DE DOLOR DE ESPALDA , NO LA RESTRINGE PARA SU LABOR.-

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 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 Especialisa en Salud Laboral
ALEJANDRO PELAEZ SANCHEZ
LICSST12440310092014 LICSST124



Firma y cédula del Paciente
MARGARA ALQUERQUE CAMARGO
1067889185

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Cedisalud

900467430-3
LSST. N° 2021060099685 del

EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

Certificado de aptitud: 26066616-67464

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	26/06/2023 APARTADO	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	ADELAIDA PASTRANA ROMERO	**Identificación:**	26066616
Género	FEMENINO **Edad:** 40	**Teléfono**	**Móvil:** 3127328241
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Dirección	BARRIO MARIA CANO	**EPS:**	EPS SURA
Empresa	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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.
ESPIROMETRIA	LA CAPACIDAD RESPIRATORIA ACTUAL ES NORMAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA EN LUGARES DE EXPOSICION (HUMOS, GASES, VAPORES, MATERIAL PARTICULADO), CONTROL ANUAL, SEGUIR PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION RESPIRATORIA. REALIZAR ACTIVIDAD FISICA.
OPTOMETRIA	CON ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA, QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. CONTROL ANUAL.
EXAMEN OCUPACIONAL 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 LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL. REINDUCCION SOBRE LABORES., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
HEMOGRAMA COMPLETO	SE REALIZO, SIN ALTERACION
GOT/AST	SE REALIZO, SIN ALTERACION
GPT/ALT	SE REALIZO, SIN ALTERACION
CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	SE REALIZO, SIN ALTERACION

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: TRABAJADORA EN MANEJO DE PATOLOGIA AUTOINMUNE CONTROLADA, NO LE GENERA LIMITACION NI RESTRICCION PARA SU TRABAJO HABITUAL, DEBE CONTINUAR EN CONTROLES POR MEDICO TRATANTE.

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 ENFRENTE 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 INFERIOES 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 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		

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

ERGONÓMICO	EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ZONA DORSAL , LUMBAR Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE CALZADO ADECUADO PARA LABOR, REALIZAR INDUCCION O REINDUCCION SOBRE HIGUIENE POSTURAL.	PPyP

Información de Remisiones

MEDICINA INTERNA EPS -

Recomendaciones al Empleador

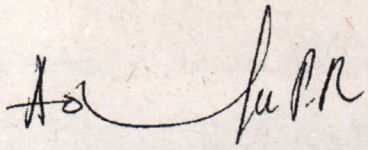
- Realizar inducción de acuerdo al cargo a desempeñar.
- Capacitación y entrenamiento de prevención de los riesgo según su ocupación.
- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Incluir al trabajador en los sistemas de vigilancia epidemiológica 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 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:







Médico Especialisa en Salud Laboral
ALEJANDRO PELAEZ SANCHEZ
LICSST12440310092014 LICSST124

Firma y cédula del Paciente
ADELAIDA PASTRANA ROMERO
26066616

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Cedisalud

900467430-3
LSST. N° 2021060099685 del

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 1152207110-67461

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	26/06/2023 APARTADO		**Tipo de Examen:**	INGRESO	
Paciente:	ANA ISABEL RUIZ RAVE		**Identificación:**	1152207110	
Género	FEMENINO	**Edad:** 28	**Teléfono**		**Móvil:** 3193642054
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	
Dirección	BARRIO LAURELES		**EPS:**	EPS SURA	
Empresa	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA -		**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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.
OPTOMETRIA	CON ALTERACION VISUAL CORREGIDA, QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, CONTROL ANUAL. REQUIERE USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE
EXAMEN OCUPACIONAL 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 LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL.. ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES,INFERIORES,COLUMNA VERTEBRAL), PRESENTA ALTERACION VISUAL, SEGUIR RECOMENDACIONES SEGUN OPTOMETRIA PARA EL USO DE LENTES, CONTROL PERIODICO ANUAL.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE LABORAR CON RECOMENDACIONES , SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

Observaciones:

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 ENFRENTE 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 INFERIOES 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 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		

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

VISUAL	PPyP

Información de Remisiones

NO

Recomendaciones al Empleador

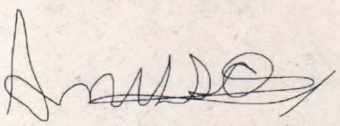
- Realizar inducción de acuerdo al cargo a desempeñar.
- Capacitación y entrenamiento de prevención de los riesgo según su ocupación.
- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Incluir al trabajador en los sistemas de vigilancia epidemiológica 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 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:









Médico Especialisa en Salud Laboral
ALEJANDRO PELAEZ SANCHEZ
LICSST12440310092014 LICSST124

Firma y cédula del Paciente
ANA ISABEL RUIZ RAVE
1152207110

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



900467430-3
LSST. N° 2021060099685 del

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 1033375858-67462

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	26/06/2023 APARTADO	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	GUSTAVO MATEUS DIAZ MENDOZA	**Identificación:**	1033375858
Género	MASCULINO **Edad:** 28	**Teléfono**	**Móvil:** 3106949131
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Dirección	BARRIO BRISAS DEL RIO	**EPS:**	EPS SURA
Empresa	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA -	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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.
OPTOMETRIA	SIN ALTERACION VISUAL ACTUAL QUE INTERFIERA CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. CONTROL ANUAL
EXAMEN OCUPACIONAL 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 LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL.. ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES,INFERIORES,COLUMNA VERTEBRAL)

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES ESPECIALES PARA EL CARGO

Observaciones:

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 ENFRENTE 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 INFERIOES 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 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

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

NO

Información de Remisiones

NO

Recomendaciones al Empleador

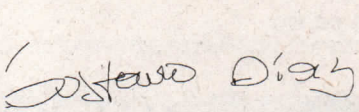
- Realizar inducción de acuerdo al cargo a desempeñar.
- Capacitación y entrenamiento de prevención de los riesgo según su ocupación.
- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Incluir al trabajador en los sistemas de vigilancia epidemiológica 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 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 asesoria 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:





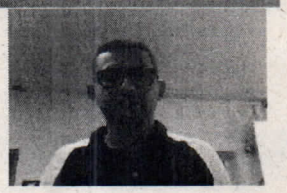




Médico Especialisa en Salud Laboral
ALEJANDRO PELAEZ SANCHEZ
LICSST12440310092014 LICSST124

Firma y cédula del Paciente
GUSTAVO MATEUS DIAZ MENDOZA
1033375858

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



900467430-3
LSST. N° 2021060099685 del

CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 1069492177-67563

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	29/06/2023 APARTADO	**Tipo de Examen:**	INGRESO PARA CONDUCTORES
Paciente:	JORGE ALFREDO RAMOS MONTIEL	**Identificación:**	1069492177
Género	MASCULINO **Edad:** 29	**Teléfono**	**Móvil:** 3016257770
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Dirección	BARRIO LA CHINITA	**EPS:**	EPS SURA
Empresa	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA -	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOSENSOMETRICO	CUMPLE A CABALIDAD CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACIÓN MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL - EXCELENTE SEGUIMIENTO Y EJECUCIÓN DE INSTRUCCIONES. ATENCIÓN FIJA A ESTIMULOS NUEVOS CON RÁPIDA Y EFECTIVA RESPUESTA, REACCIÓN AL FRENADO APROPIADA, SE EVIDENCIA MUY BUENA COORDINACIÓN VISOMOTRIZ EN TAREA BIMANUAL, EXCELENTE CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN VÍAL.
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.
OPTOMETRIA	CON ALTERACION VISUAL CORREGIDA, QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, CONTROL ANUAL.
EXAMEN OCUPACIONAL 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 LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL., PRESENTA ALTERACION VISUAL, SEGUIR RECOMENDACIONES SEGUN OPTOMETRIA PARA EL USO DE LENTES, CONTROL PERIODICO ANUAL.. ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES,INFERIORES,COLUMNA VERTEBRAL)
GLICEMIA EN AYUNAS	SE REALIZO, SIN ALTERACION
PRUEBA DE MARIHUANA Y COCAINA	SE REALIZO, SIN ALTERACION

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
CON APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ ADECUADA PARA INGRESO A PROGRAMA DE 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 PARA EL CARGO: REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENDE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES, VERIFIQUE CONDICIONES DEL VEHICULO PREVIAMENTE AL USO, RESPETE LA NORMAS DE TRANSITO, RECUERDE MANTENER LA DISTANCIA DE SEGURIDAD, USE SIEMPRE EL CINTURON DE SEGURIDAD, RESPETE LOS LIMITES DE VELOCIDAD, EVITE INGERIR ALIMENTOS, NO FUMAR CONDUCIENDO, IDENTIFIQUE CUALQUIER PELIGRO FÍSICO, NO REALICE DESPLAZAMIENTOS DEL VEHICULO CON PUERTAS O COMPUERTAS ABIERTA, NI CON PERSONAL AGARRADO EN ALGUN EXTREMO, INFORME OPORTUNAMENTE CAMBIOS EN SUS CONDICIONES DE SALUD A SUS SUPERVISORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍCAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS, NO CONDUZCA SI HA INGERIDO ALGUN TIPO DE LICOR.

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		

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

Información de Remisiones

NO

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 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 Especialisa en Salud Laboral
ALEJANDRO PELAEZ SANCHEZ
LICSST12440310092014 LICSST124



Firma y cédula del Paciente
JORGE ALFREDO RAMOS MONTIEL
1069492177

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Cedisalud

901334492-2
LSO. RES. N° 23820 del

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 43344556-227532

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	14/07/2023 MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	DENIS IDALY SEGURO GAVIRIA	**Identificación:**	43344556
Género	FEMENINO **Edad:** 48	**Teléfono**	3103821254 **Móvil:**
Estado Civil:	CASADO(A)	**Cargo:**	OPERARIO (A)
Dirección	CL 25 32 25	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Empresa	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA	**Escolaridad:**	TECNOLÓGICO

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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.
OPTOMETRIA	SIN ALTERACION VISUAL QUE INTERFIERA 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, 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.. ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES,INFERIORES,COLUMNA VERTEBRAL), DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO ACTUALMENTE SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES

Observaciones:

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, RECIBIR INDUCCION Y/O REINDUCCION SOBRE EL MANEJO ADECUADO DE CARGAS, RECUERDE SIEMPRE ADOPTAR POSTURA ADECUADA PARA LEVANTAMIENTOS DE PESO, REALICE AGARRE FIRME, LEVANTAMIENTOS SUAVES, EVITE GIROS, LA CARGA SIEMPRE DEBE IR PEGADA AL CUERPO, COLOCAR LOS PIES SEPARADOS PROPORCIONA ESTABILIDAD PARA EL LEVANTAMIENTO, APOYAR LOS PIES TOTALMENTE EN EL SUELO; LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL, SON UN COMPONENTES ESENCIALES PARA GARANTIZAR SU SEGURIDAD, USELOS CORRECTAMENTE, REALICE PAUSAS ACTIVAS ESTIRAMIENTO, COLUMNA, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, SEGUN PROGRAMA DE PAUSA EN LA EMPRESA, RECUERDE SIEMPRE SOLICITAR AYUDA A OTRAS PERSONAS SI EL PESO DE LA CARGA ES EXCESIVO O SE DEBEN ADOPTAR POSTURAS INCÓMODAS DURANTE EL LEVANTAMIENTO, EN RELACIÓN CON LA ROTACIÓN O VARIACIÓN DE TAREAS, ALTERNAR LOS PERIODOS DE TRABAJO FÍSICO MODERADO/ALTO CON OTROS EN LOS QUE NO LOS HAYA DE TAL MANERA QUE ESTAS DEMANDAS FÍSICAS NO COMPROMETAN A LOS MISMOS SEGMENTOS CORPORALES APLICA PARA TODAS AQUELLAS LABORES QUE ESTEN DEFINIDAS COMO MOVIMENTOS REPETITIVOS, SOLICITE CAPACITACION SI DESCONOCE EL CORRECTO MANEJO DE LA DIFERENTE MAQUINARIA QUE ESTAN EN SU PUESTO DE TRABAJO, INFORME NOVEDADES EN EL FUNCIONAMIENTO.

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

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

NO

Información de Remisiones

NO

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

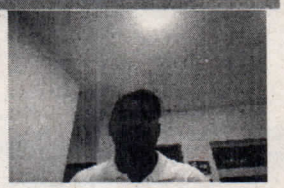
Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y/o paraclínicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar 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:

Yainis Castro B.
YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS
MEDICO ESPECIALISTA SST
LIC 2018060031139

Médico Especialisa en Salud Laboral
YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS
LIC S.O 031139 031139

Firma y cédula del Paciente
DENIS IDALY SEGURO GAVIRIA
43344556

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Cedisalud

900467430-3
LSST. N° 2021060099685 del

CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 1128384183-67467

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	26/06/2023 APARTADO	**Tipo de Examen:**	INGRESO PARA CONDUCTORES
Paciente:	JORGE ALBERTO PEREZ DAZA	**Identificación:**	1128384183
Género	MASCULINO **Edad:** 36	**Teléfono**	**Móvil:** 3103733464
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Dirección	URBANIZACION BACOTAS	**EPS:**	EPS SURA
Empresa	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA -	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOSENSOMETRICO	CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL. IGUALMENTE, SE SUGIERE TRABAJAR MÁS EN SU REACCION AL FRENADO PARA GENERAR RESPUESTAS RÁPIDAS Y EFECTIVAS.
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.
OPTOMETRIA	SIN ALTERACION VISUAL ACTUAL QUE INTERFIERA CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. CONTROL ANUAL
EXAMEN OCUPACIONAL 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 LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL.. HÁBITOS SALUDABLES
GLICEMIA EN AYUNAS	SE REALIZO, SIN ALTERACIN
PRUEBA DE MARIHUANA Y COCAINA	SE REALIZO, CON ALTERACION

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

-CON RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.

Observaciones:

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 ENFRENTE 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 INFERIOES 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 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		

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

PSICOSOCIAL	CONTROL Y MANEJO DE ADICCIONES (TABACO- ALCOHOL-SUSTANCIAS PSICO-ESTIMULANTES),	PPyP

Información de Remisiones

PSIQUIATRIA	PRESENTA ALTERACION EN EL COMPORTAMIENTO QUE REQUIERE VALORACION PARA DEFINIR CONDUCTA DE MANEJO

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 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 Especialisa en Salud Laboral
ALEJANDRO PELAEZ SANCHEZ
LICSST12440310092014 LICSST124

Firma y cédula del Paciente
JORGE ALBERTO PEREZ DAZA
1128384183

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Cedisalud

900467430-3
LSST. N° 2021060099685 del

SEGURIDAD VIAL

Certificado de aptitud: 8322692-66076

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	27/04/2023 APARTADO	**Tipo de Examen:**	PERIODICO PARA CONDUCTORES
Paciente:	LUIS ALFREDO GUERRA NEGRETE	**Identificación:**	8322692
Género	MASCULINO **Edad:** 41	**Teléfono**	**Móvil:** 3148188389
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**Cargo:**	CONDUCTOR
Dirección	BARRIO ALFONSO LOPEZ	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Empresa	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOSENSOMETRICO	CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL. IGUALMENTE, SE SUGIERE TRABAJAR MÁS EN SU ATENCIÓN Y EN SU CONCENTRACIÓN PARA GENERAR RESPUESTAS RÁPIDAS Y EFECTIVAS - DEMORA EN EL TIEMPO DE RESPUESTA SIN ERRORES QUE SOBRE PASAN PERMITIDOS POR PRUEBA
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.
OPTOMETRIA	CON ALTERACION VISUAL CORREGIDA, QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, CONTROL ANUAL.
EXAMEN OCUPACIONAL 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 LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL. REINDUCCION SOBRE LABORES., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA., PRESENTA ALTERACION VISUAL, SEGUIR RECOMENDACIONES SEGUN OPTOMETRIA PARA EL USO DE LENTES, CONTROL PERIODICO ANUAL.. ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES,INFERIORES,COLUMNA VERTEBRAL). ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES,INFERIORES,COLUMNA VERTEBRAL)
GLICEMIA EN AYUNAS	SE REALIZO, SIN ALTERACION
PRUEBA DE MARIHUANA Y COCAINA	SE REALIZO, SIN ALTERACION

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.
CON APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ ADECUADA PARA CONTINUAR EN PROGRAMA 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 CERCANA Y LEJANA DURANTE JORNADA LABORAL. PRESENTA ALTERACION LEVE DE PARED ABDMINAL NO ASOCIADA A DOLOR, NO LIMITA SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO NI RESTRICCIONES PARA MANEJO DE CARGAS.

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENDE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES, VERIFIQUE CONDICIONES DEL VEHICULO PREVIAMENTE AL USO, RESPETE LA NORMAS DE TRANSITO, RECUERDE MANTENER LA DISTANCIA DE SEGURIDAD, USE SIEMPRE EL CINTURON DE SEGURIDAD, RESPETE LOS LIMITES DE VELOCIDAD, EVITE INGERIR ALIMENTOS, NO FUMAR CONDUCIENDO, IDENTIFIQUE CUALQUIER PELIGRO FÍSICO, NO REALICE DESPLAZAMIENTOS DEL VEHICULO CON PUERTAS O COMPUERTAS ABIERTA, NI CON PERSONAL AGARRADO EN ALGUN EXTREMO, INFORME OPORTUNAMENTE CAMBIOS EN SUS CONDICIONES DE SALUD A SUS SUPERVISORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍCAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS, NO CONDUZCA SI HA INGERIDO ALGUN TIPO DE LICOR.

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		

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

Información de Remisiones

NO

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 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:

Sandra Segura.
SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ.
MEDICO ESPECIALISTA SST
REG 16004-08022022

SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ





LUIS ALFREDO GUERRA NEGRETE 8322692

Firma y cédula del Paciente

1600408020222

Médico Especialisa en Salud Laboral

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



900467430-3
LSST. N° 2021060099685 del

CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 71942005-68916

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	28/08/2023 APARTADO	**Tipo de Examen:**	PERIODICO PARA CONDUCTORES
Paciente:	ABSALON PEREZ VILLERO	**Identificación:**	71942005
Género	MASCULINO **Edad:** 50	**Teléfono**	**Móvil:** 3103740475
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Dirección	BARRIO MATEGUADA	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Empresa	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOSENSOMETRICO	CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL. REACCIÓN AL FRENADO APROPIADA, SE EVIDENCIA MUY BUENA COORDINACIÓN VISOMOTRIZ EN TAREA BIMANUAL. IGUALMENTE, SE SUGIERE TRABAJAR MÁS EN SU ATENCIÓN Y EN SU CONCENTRACIÓN PARA GENERAR RESPUESTAS RÁPIDAS Y EFECTIVAS.
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.
OPTOMETRIA	CON ALTERACION VISUAL CORREGIDA, QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO (USO DE LENTES PROLONGADAS) CONTROL ANUAL.
EXAMEN OCUPACIONAL 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 LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL. REINDUCCION SOBRE LABORES., 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., PRESENTA ALTERACION VISUAL, SEGUIR RECOMENDACIONES SEGUN OPTOMETRIA PARA EL USO DE LENTES, CONTROL PERIODICO ANUAL.. ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES,INFERIORES,COLUMNA VERTEBRAL)
PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	SE REALIZO, SIN ALTERACION
GLICEMIA EN AYUNAS	SE REALIZO, SIN ALTERACION

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES, SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
CON APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ ADECUADA PARA CONTINUAR EN PROGRAMA SEGURIDAD VIAL

Observaciones: RECOMENDACIONES NUTRICIONALES POR ALTERACION DEL PESO QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. 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 LEJANA DURANTE JORNADA LABORAL.

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENDE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES, VERIFIQUE CONDICIONES DEL VEHICULO PREVIAMENTE AL USO, RESPETE LA NORMAS DE TRANSITO, RECUERDE MANTENER LA DISTANCIA DE SEGURIDAD, USE SIEMPRE EL CINTURON DE SEGURIDAD, RESPETE LOS LIMITES DE VELOCIDAD, EVITE INGERIR ALIMENTOS, NO FUMAR CONDUCIENDO, IDENTIFIQUE CUALQUIER PELIGRO FISICO, NO REALICE DESPLAZAMIENTOS DEL VEHICULO CON PUERTAS O COMPUERTAS ABIERTA, NI CON PERSONAL AGARRADO EN ALGUN EXTREMO, INFORME OPORTUNAMENTE CAMBIOS EN SUS CONDICIONES DE SALUD A SUS SUPERVISORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍCAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS, NO CONDUZCA SI HA INGERIDO ALGUN TIPO DE LICOR.

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		

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

NUTRICIÓNAL	CONTROL NUTRICIONALY 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

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 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 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:

Sandra Segura.
SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ.
MEDICO ESPECIALISTA SST
REG 16004-08022022

Médico Especialisa en Salud Laboral
SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ
1600408020222



Firma y cédula del Paciente
ABSALON PEREZ VILLERO
71942005

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Cedisalud

900467430-3
LSST. N° 2021060099685 del

CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 1045498866-68917

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	28/08/2023 APARTADO	**Tipo de Examen:**	PERIODICO PARA CONDUCTORES
Paciente:	PAUL MATEO PEREZ ARANGO	**Identificación:**	1045498866
Género	MASCULINO **Edad:** 35	**Teléfono**	**Móvil:** 3116868854
Estado Civil:	CASADO(A)	**Cargo:**	TECNICO ADMINISTRATIVO
Dirección	BARRIO JESUS MORA	**EPS:**	EPS SURA
Empresa	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA -	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PSICOSENSOMETRICO	CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL. IGUALMENTE, SE SUGIERE TRABAJAR MÁS EN SU REACCION AL FRENADO PARA GENERAR RESPUESTAS RÁPIDAS Y EFECTIVAS.
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.
OPTOMETRIA	SIN ALTERACION VISUAL ACTUAL QUE INTERFIERA CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. CONTROL ANUAL
EXAMEN OCUPACIONAL 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 LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL. REINDUCCION SOBRE LABORES., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.. ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES,INFERIORES,COLUMNA VERTEBRAL)
PRUEBA DE DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	SE REALIZO, SIN ALTERACION
GLICEMIA EN AYUNAS	SE REALIZO, SIN ALTERACION

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES PARA EL CARGO.
CON APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ ADECUADA PARA CONTINUAR EN PROGRAMA SEGURIDAD VIAL

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENDE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES, VERIFIQUE CONDICIONES DEL VEHICULO PREVIAMENTE AL USO, RESPETE LA NORMAS DE TRANSITO, RECUERDE MANTENER LA DISTANCIA DE SEGURIDAD, USE SIEMPRE EL CINTURON DE SEGURIDAD, RESPETE LOS LIMITES DE VELOCIDAD, EVITE INGERIR ALIMENTOS, NO FUMAR CONDUCIENDO, IDENTIFIQUE CUALQUIER PELIGRO FÍSICO, NO REALICE DESPLAZAMIENTOS DEL VEHICULO CON PUERTAS O COMPUERTAS ABIERTA, NI CON PERSONAL AGARRADO EN ALGUN EXTREMO, INFORME OPORTUNAMENTE CAMBIOS EN SUS CONDICIONES DE SALUD A SUS SUPERVISORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍCAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS, NO CONDUZCA SI HA INGERIDO ALGUN TIPO DE LICOR.

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		

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

NO

Información de Remisiones

NO

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 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 mi 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:

Sandra Segura.
SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ.
MEDICO ESPECIALISTA SST
REG 16004-08022022

Médico Especialisa en Salud Laboral
SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ
1600408020222



Firma y cédula del Paciente
PAUL MATEO PEREZ ARANGO
1045498866

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



900467430-3
LSST: N° 2021060099685 del

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 39423778-67919

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	14/07/2023 APARTADO	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	STELA REYES BALLESTERO	**Identificación:**	39423778
Género	MASCULINO **Edad:** 42	**Teléfono**	**Móvil:** 3117527218
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**Cargo:**	OPERARIO CALIFICADO
Dirección	URBANIZACION TERRAZAS DEL MILENIAL	**EPS:**	EPS SURA
Empresa	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL URABA	**Escolaridad:**	TÉCNICO

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	CAPACIDAD AUDITIVA ACTUAL NORMAL DE ACUERDO A PROMEDIOS TONALES. 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.
ESPIROMETRIA	LA CAPACIDAD RESPIRATORIA ACTUAL ES NORMAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA EN LUGARES DE EXPOSICION (HUMOS, GASES, VAPORES, MATERIAL PARTICULADO), CONTROL ANUAL, SEGUIR PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION RESPIRATORIA. REALIZAR ACTIVIDAD FISICA.
OPTOMETRIA	CON ALTERACION VISUAL NO CORREGIDA, QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. CONTROL ANUAL.
EXAMEN OCUPACIONAL 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 LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL., 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., PRESENTA ALTERACION VISUAL, SEGUIR RECOMENDACIONES SEGUN OPTOMETRIA PARA EL USO DE LENTES, CONTROL PERIODICO ANUAL.. ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES,INFERIORES,COLUMNA VERTEBRAL)
CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	SE REALIZO, SIN ALTERACION
GOT/AST	SE REALIZO, SIN ALTERACION
GPT/ALT	SE REALIZO, SIN ALTERACION
HEMOGRAMA COMPLETO	SE REALIZO, SIN ALTERACION

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE LABORAR CON RECOMENDACIONES , SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

Observaciones: RECOMENDACIONES NUTRICIONALES POR ALTERACION DEL PESO QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. 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 CERCANA Y LEJANA DURANTE JORNADA LABORAL.

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENDE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMICAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS, RECIBIR INDUCCION Y/O REINDUCCION SOBRE EL MANEJO ADECUADO DE CARGAS, RECUERDE SIEMPRE ADOPTAR POSTURA ADECUADA PARA LEVANTAMIENTOS DE PESO, REALICE AGARRE FIRME, LEVANTAMIENTOS SUAVES, EVITE GIROS, LA CARGA SIEMPRE DEBE IR PEGADA AL CUERPO, COLOCAR LOS PIES SEPARADOS PROPORCIONA ESTABILIDAD PARA EL LEVANTAMIENTO, APOYAR LOS PIES TOTALMENTE EN EL SUELO, LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL, SON UN COMPONENTES ESENCIALES PARA GARANTIZAR SU SEGURIDAD, USELOS CORRECTAMENTE, REALICE PAUSAS ACTIVAS ESTIRAMIENTO, COLUMNA, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, SEGUN PROGRAMA DE PAUSA EN LA EMPRESA, RECUERDE SIEMPRE SOLICITAR AYUDA A OTRAS PERSONAS SI EL PESO DE LA CARGA ES EXCESIVO O SE DEBEN ADOPTAR POSTURAS INCÓMODAS DURANTE EL LEVANTAMIENTO, EN RELACIÓN CON LA ROTACIÓN O VARIACIÓN DE TAREAS, ALTERNAR LOS PERIODOS DE TRABAJO FÍSICO MODERADO/ALTO CON OTROS EN LOS QUE NO LOS HAYA DE TAL MANERA QUE ESTAS DEMANDAS FÍSICAS NO COMPROMETAN A LOS MISMOS SEGMENTOS CORPORALES APLICA PARA TODAS AQUELLAS LABORES QUE ESTEN DEFINIDAS COMO MOVIMENTOS REPETITIVOS, SOLICITE CAPACITACION SI DESCONOCE EL CORRECTO MANEJO DE LA DIFERENTE MAQUINARIA QUE ESTAN EN SU PUESTO DE TRABAJO, INFORME NOVEDADES EN EL FUNCIONAMIENTO.

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		

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

NUTRICIÓNAL	CONTROL NUTRICIONALY METABOLICO , ALIMENTACION BALANCEADA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.	PPyP

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA	PRESENTA TRASTORNO REFRACTARIO LEJANA Y CERCANA QUE REQUIERE CORRECCION VISUAL.
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 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 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:

Sandra Segura.
SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ.
MEDICO ESPECIALISTA SST
REG 16004-08022022

Médico Especialisa en Salud Laboral
SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ
1600408020222

Stella Reyes B



Firma y cédula del Paciente
STELA REYES BALLESTERO
39423778