

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1032365300-290982

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	21 ago. 2025 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	JUAN DAVID BUSTAMANTE GOMEZ	Identificación:	1032365300
Género:	MASCULINO Edad: 39	Teléfono:	Móvil: 3239650858
Fecha Nacimiento:	6/07/1986	Cargo:	COORDINADOR DE PUNTO TURISTICO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección:	CRA 30 69 J - 67 SUR	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	AFP:	PROTECCION S.A.
Empresa:	DESTINY TOURS SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	DESTINY TOURS SAS		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ	1.CONTROL AUDITIVO ANUAL OCUPACIONAL O POR EPS, 2.PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO COMO:HIGIENE DEL OIDO/PROGRAMAR PAUSAS AUDITIVAS/CONTROL DEL VOLUMEN CON AURICURALES/CONTROL DE ESTRES/ETC..., 3.USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO.
VISIOMETRIA	EXAMEN VISUAL PERIODICO - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VISUAL- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES- USO DE FILTROS ANTIRREFLEJO-USO DE LUBRICANTE OCULAR.
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEO MUSCULAR	DIETA HIPOCALÓRICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN HARINAS Y GRASAS DE ORIGEN ANIMAL. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 45 - 60 MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN. HIGIENE POSTURAL. AUTOCUIDADO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA. DEBE BAJAR DE PESO, VALORACION NUTRICIONAL POR EPS

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO

Observaciones: AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN FISICO NO REFIERE ALTERACION MENTAL O RIESGO PSICOSOCIAL APARENTE

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NUTRICION

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

Dra. Carolina Guapacha L.
Médico Esp. en Salud Ocupacional
C.C. 1.031.121.057



Médico Especialista en Salud Laboral
DIANA CAROLINA GUAPACHA LOAIZA
3689 / 2014 1031121057

Firma y cédula del Paciente
JUAN DAVID BUSTAMANTE GOMEZ
1032365300