

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
Paciente: JUAN DAVID BUSTAMANTE GOMEZ
Género: MASCULINO **Edad:** 39
Fecha Nacimiento: 6/07/1986
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CRA 30 69 J - 67 SUR
Escolaridad: TECNOLÓGICO
Empresa: DESTINY TOURS SAS

Misión/Contrato/ Centro de Costo: DESTINY TOURS SAS

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1032365300
Teléfono: Móvil: 3239650858
Cargo: COORDINADOR DE PUNTO TURISTICO
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
ARL: NO REPORTA
AFP: PROTECCION S.A.

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.
VIISIOMETRIA	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 OSTEOMUSCULAR	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 GESTIÓN 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 paraclinicos 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 paraclinicos 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. 1.031.121.097

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



JUAN DAVID BUSTAMANTE GOMEZ

Firma y cédula del Paciente
JUAN DAVID BUSTAMANTE GOMEZ
1032365300

