

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367



EVALUACION OCUPACIONAL PARA CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 1010224850-291548

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 03 sep. 2025 - BOGOTA D.C
Paciente: MIGUEL ANGEL ARIAS ORTIZ
Género MASCULINO **Edad:** 29
Fecha Nacimiento: 24/10/1995
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección
Escolaridad: ESPECIALIZACION
Empresa DESTINY TOURS SAS
Misión/Contrato/
Centro de Costo: DESTINY TOURS SAS

Tipo de Examen: EVALUACION MEDICA DE PRE- INGRESO
Identificación: 1010224850
Teléfono Móvil: 3184621754
Cargo: CONDUCTOR
EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
ARL: NO REPORTA
AFP: COLFONDOS

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (MOTRIZ Y SICOLOGICA)	COORDINACION MOTRIZ ADECUADA.
AUDIOMETRIA TAMIZ	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, 4. SE RECOMIENDA MANTENER LAS VENTANAS DEL VEHICULO CERRADAS PARA AISLAR RUIDO EXTERIOR.
VISSIMETRIA	NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS VISUALES DEL ANEXO 1 TECNICO DE LA RESOLUCION 12336 DE 2012 VIGENTES EN LA RESULUCION 217 DE 2014.
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA - USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL - SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD SEGÚN LO INDIQUE LA EMPRESA - NO CUMPLE PERFILE VISUAL PARA DESEMPEÑAR LA LABOR
PAQUETE BASICO CONDUCTOR	HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA - USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL - SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD SEGÚN LO INDIQUE LA EMPRESA - NO CUMPLE PERFILE VISUAL PARA DESEMPEÑAR LA LABOR
DROGAS DE ABUSO PANEL X 2	SIN ALTERACION

CONCEPTO LABORAL

PRESENTA RESTRICCIÓN QUE PUEDE AGRAVARSE Y / O INTERVENIR CON EL DESARROLLO DEL CARGO

Observaciones: EXAMEN PERIODICO ANUAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LA EXPOSICION, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA JORNADA LABORAL. 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		
NO		

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 realizar 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.

Dr. Leonardo Sarmiento Nieto
Médico Especialista en Salud Laboral
y Salud en el Trabajo
Ref: 291548
C.C. 1026260956

Médico Especialista en Salud Laboral
LEONARDO SARMIENTO NIETO
25908 de 2017 sds c 1026260956



Firma y cédula del Paciente
MIGUEL ANGEL ARIAS ORTIZ
1010224850