

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367



EVALUACION OCUPACIONAL PARA CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 1032470311-285660

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 06 may. 2025 - BOGOTA D.C
Paciente: ANDRES FELIPE DIAZ CUESTA
Género MASCULINO **Edad:** 30
Fecha Nacimiento: 1/04/1995
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección DIAG 5 37 D 09
Escolaridad: UNIVERSITARIO
Empresa DESTINY TOURS SAS

Misión/Contrato/ PARTICULAR
Centro de Costo:

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1032470311
Teléfono Móvil: 3134561380
Cargo: CONDUCTOR
EPS: SANITAS S.A.
ARL: SURA
AFP: PORVENIR S.A.

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 MAYOR A 85 DB, CONDUCIR CON VENTANAS CERRADAS, CONDUCIR TENIENDO EN CUENTA ESPEJOS RETROVISOR Y LATERALES, EVITAR LA EXPOSICIÓN A RUIDO A NIVEL EXTRALABORAL, EVITAR EL USO DE AURICULARES DE RECREACION
VISIONETRIA	DEBE USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE-USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VISUAL -REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES-USO DE LUBRICANTE OCULAR.
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA - USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL - SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD SEGÚN LO INDIQUE LA EMPRESA - DIETA BAJA EN GRASAS, HARINAS Y AZUCARES PARA REDUCIR PESO - EJERCICIO CARDIOVASCULAR PERIODICO - USO DE LA CORRECCION VISUAL PERMANENTE -
DROGAS DE ABUSO PANEL X 2	SIN ALTERACION

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO CON RECOMENDACIONES

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 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.

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



Firma y cédula del Paciente
ANDRES FELIPE DIAZ CUESTA
1032470311