

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA  
NIT: 900146367

## EVALUACION OCUPACIONAL PARA CONDUCTORES Certificado de aptitud: 1033759551-285610

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	05 may. 2025 - BOGOTA D.C	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO
<b>Paciente:</b>	JUAN ESTEBAN RUEDA BRÍÑEZ	<b>Identificación:</b>	1033759551
<b>Género</b>	MASCULINO <b>Edad:</b> 31	<b>Teléfono</b>	<b>Móvil:</b> 3208227275
<b>Fecha Nacimiento:</b>	21/11/1993	<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR
<b>Estado Civil:</b>	UNIÓN LIBRE	<b>EPS:</b>	FAMISANAR
<b>Dirección</b>	CRA 30 A 68 D - 85 SUR	<b>ARL:</b>	NO REPORTA
<b>Escolaridad:</b>	BACHILLER	<b>AFP:</b>	PORVENIR S.A.
<b>Empresa</b>	DESTINY TOURS SAS		
<b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b>	DESTINY TOURS SAS	<b>AREA:</b>	No Reporta

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>PRUEBA PSICOSENSOMETRICA ( MOTRIZ Y SICOLOGICA)</b>	COORDINACION MOTRIZ ADECUADA.-
<b>AUDIOMETRIA TAMIZ</b>	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 EXPOSICION A RUIDO A NIVEL EXTRALABORAL, EVITAR EL USO DE AURICULARES DE RECREACION
<b>VISIOMETRIA</b>	EXAMEN VISUAL PERIODICO - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VISUAL- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES- USO DE FILTROS ANTIRREFLEJO-USO DE LUBRICANTE OCULAR.
<b>EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- higiene postural (sentarse y estar de pie derecho), hábitos de vida saludable.</li><li>- realizar pausas activas según cronograma de la empresa.</li><li>- controles periódicos ocupacionales.</li><li>- cumplir con las normas de SGSST. para prevención de accidentes y enfermedad laboral.</li><li>- uso de EPP obligatorio laboral y extra laboralmente cumplimiento con las normas de bioseguridad de la empresa.</li><li>- dieta rica en frutas y verduras, baja en harinas y grasas de origen animal.</li><li>- realizar actividad física durante 30 -minutos al menos 4 - 5 veces/ semana. buena hidratación.</li><li>- si la mayor parte de la jornada laboral mantiene de pie, se sugiere uso medias compresivas para evitar aparición de vena varice o empeoramiento de vena varice</li></ul>
<b>DROGAS DE ABUSO PANEL X 2</b>	SIN ALTERACION

### CONCEPTO LABORAL

#### CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL 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 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.



Médico Especialista en Salud Laboral  
JUAN RAMON ORTIZ CARDONA  
2762 de 2022 1014210322



Firma y cédula del Paciente  
JUAN ESTEBAN RUEDA BRÍÑEZ  
1033759551

