

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA  
NIT: 900146367

## EVALUACION OCUPACIONAL PARA CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 19396851-285912

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	12 may. 2025 - BOGOTÁ D.C	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO
<b>Paciente:</b>	ALBERTO ARIAS GOMEZ	<b>Identificación:</b>	19396851
<b>Género:</b>	MASCULINO	<b>Edad:</b>	65
<b>Fecha Nacimiento:</b>	26/04/1960	<b>Teléfono:</b>	<b>Móvil:</b> 3214685168
<b>Estado Civil:</b>	UNIÓN LIBRE	<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR
<b>Dirección:</b>	CLL 65 B 88 28	<b>EPS:</b>	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
<b>Escolaridad:</b>	UNIVERSITARIO	<b>ARL:</b>	NO REPORTA
<b>Empresa:</b>	DESTINY TOURS SAS	<b>AFP:</b>	NO REPORTA
<b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b>		<b>AREA: No Reporta</b>	

### 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>	DEBE USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE-USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VISUAL -REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES-USO DE LUBRICANTE OCULAR.
<b>EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR</b>	HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA - USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL - SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD SEGÚN LO INDIQUE LA EMPRESA - USO DE LA CORRECCION VISUAL PERMANENTE - EVITAR USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS, EVITAR EXPOSICION A RUIDO EXTRALABOR
<b>DROGAS DE ABUSO PANEL X 2</b>	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 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.

Dr. Leonardo Sarmiento Nieto  
MD, Especialista en Seguridad  
y Salud en el Trabajo  
R.E. 25.908 / Abril / 2017  
C.C. 1026260956

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



Firma y cédula del Paciente  
ALBERTO ARIAS GOMEZ  
19396851

