

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA  
NIT: 900146367



## EVALUACION OCUPACIONAL PARA CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 19396851-285912

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y Lugar:** 12 may. 2025 - BOGOTA D.C  
**Paciente:** ALBERTO ARIAS GOMEZ  
**Género**: MASCULINO **Edad:** 65  
**Fecha Nacimiento:** 26/04/1960  
**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE  
**Dirección**: CLL 65 B 88 28  
**Escolaridad:** UNIVERSITARIO  
**Empresa**: DESTINY TOURS SAS  
  
**Misión/Contrato/ Centro de Costo:** DESTINY TOURS SAS -

**Tipo de Examen:** INGRESO  
**Identificación:** 19396851  
**Teléfono**: Móvil: 3214685168  
**Cargo:** CONDUCTOR  
**EPS:** COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD  
**ARL:** NO REPORTA  
**AFP:** NO REPORTA

**AREA:** 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 EXPOSICIÓN A RUIDO A NIVEL EXTRALABORAL, EVITAR EL USO DE AURICULARES DE RECREACION.
<b>VISIONETRIA</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 OSTEO muscular</b>	HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA - USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL - SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD SEGUN LO INDIQUE LA EMPRESA - USO DE LA CORRECCION VISUAL PERMANENTE - EVITAR USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS, EVITAR EXPOSICIÓN 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 EXPOSICIÓN, 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

<b>Tipo de Restricción</b>	<b>Condiciones, Factores, Agentes Asociados</b>	<b>Permanente</b>
NO		
<b>Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción</b>		
NO		
<b>Información de Remisiones</b>		
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 verificables. Firma para constancia.

Dr. Leonardo Sarmiento Nieto  
M.D. Especialista en Seguridad  
y Salud en el Trabajo  
Res. 25-908 / Abril / 2017  
C.C. 1026260956



Firma y cédula del Paciente  
ALBERTO ARIAS GOMEZ  
19396851

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