

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

EVALUACION OCUPACIONAL PARA CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 19480562-285584

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	05 may. 2025 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	TOFOS FAJARDO CASTELLANOS	Identificación:	19480562
Género:	MASCULINO	Edad:	62
Fecha Nacimiento:	20/07/1962	Teléfono:	Móvil: 3162580143
Estado Civil:	CASADO(A)	Cargo:	CONDUCTOR
Dirección:	CRA 70 B 3 A 45 S	EPS:	SANITAS S.A.
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	ARL:	COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A.
Empresa:	DESTINY TOURS SAS	AFP:	COLPENSIONES
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	DESTINY TOURS SAS	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 EXPOSICION A RUIDO A NIVEL EXTRALABORAL, EVITAR EL USO DE AURICULARES DE RECREACION.
VISIOMETRIA	DEBE USAR CORRECCION OPTICA VISION PROXIMA-USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VISUAL -REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES-USO DE LUBRICANTE OCULAR.
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	DIETA HIPOCALÓRICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN HARINAS Y GRASAS DE ORIGEN ANIMAL. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 45 - 60 MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN. HIGIENE POSTURAL. AUTOCUIDADO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y ESTIRAMIENTOS ANTES, DURANTE LOS DESCANSOS PROGRAMADOS Y AL FINAL DE LA JORNADA DIARIA DE TRABAJO. CONDUCIR CON LAS VENTANAS DEL VEHÍCULO CERRADAS. DEBE USAR CORRECCION OPTICA VISION PROXIMA, CONTINUAR CONTROL DE PATOLOGIA DE BASE, ADECUADA ADHERENCIA A MANEJO FARMACOLOGICO, DEBE BAJAR DE PESO
DROGAS DE ABUSO PANEL X 2	SIN ALTERACION

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO

Observaciones: 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

Información de Remisiones
NO

MÉDICINA GENERAL EPS

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.

Dra. Carolina Guapacha L.
Médico Esp. en Salud Ocupacional
C.C. 1.031.121.057

Médico Especialista en Salud Laboral
DIANA CAROLINA GUAPACHA LOAIZA
3689 / 2014 50-11336



Firma y cédula del Paciente
TOFOS FAJARDO CASTELLANOS
19480562