

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA.  
NIT: 900146367

EVALUACION MEDICA POST APLAZAMIENTO  
Certificado de aptitud: 51695527-268702

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y Lugar:** 05 jun. 2024 - BOGOTÁ D.C.  
**Paciente:** LUZ MARLEN NIETO NIETO  
**Género:** FEMENINO **Edad:** 60  
**Fecha Nacimiento:** 12/07/1963  
**Estado Civil:** SOLTERO(A)  
**Dirección:** CLL 3 51 A -64  
**Escolaridad:** UNIVERSITARIO  
**Empresa:** TRAVELS SPECIALS COLOMBIA S.A.S.

**Tipo de Examen:** PRE INGRESO PARA CONDUCTOR  
**Identificación:** 51695527  
**Teléfono:** Móvil: 3138946554  
**Cargo:** CONDUCTOR  
**EPS:** FAMISANAR  
**ARL:** SURA  
**AFP:** NO REPORTA

**AREA:** No Reporta

**Misión/Contrato/ Centro de Costo:** TRAVELS SPECIALS COLOMBIA S.A.S.

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

**PRUEBA DE PERFIL PSICOLÓGICO** ADECUADA

**EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR** HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA - USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL - SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD SEGÚN LO INDIQUE LA EMPRESA - CONTINUAR CONTROL Y MANEJO EN EPS POR ANTECEDENTE DE PATOLOGÍA DE TIROIDES, TOMAR MEDICACION COMO INDICA MEDICO TRATANTE - USO DE LA CORRECCION VISUAL PERMANENTE

## CONCEPTO LABORAL

APTO OCUPACIONALMENTE PARA CONDUCIR 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 Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)**

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.

Firma de Leonardo Sarmiento Nieto  
C.C. 1026260956



Firma de Luz Marlen Nieto Nieto



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

Firma y cédula del Paciente  
LUZ MARLEN NIETO NIETO  
51695527



# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA  
NIT: 900146367

## EVALUACION OCUPACIONAL PARA CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 51695527-261534

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	03 feb. 2024 - BOGOTA D.C	<b>Tipo de Examen:</b>	PRE INGRESO PARA CONDUCTOR
<b>Paciente:</b>	LUZ MARLEN NIETO NIETO	<b>Identificación:</b>	51695527
<b>Género</b>	FEMENINO <b>Edad:</b> 60	<b>Teléfono</b>	<b>Móvil:</b> 3138946554
<b>Fecha Nacimiento:</b>	12/07/1963	<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR
<b>Estado Civil:</b>	SOLTERO(A)	<b>EPS:</b>	FAMISANAR
<b>Dirección</b>	CLL 3 51 A -64	<b>ARL:</b>	SURA
<b>Escolaridad:</b>	UNIVERSITARIO	<b>AFP:</b>	NO REPORTA
<b>Empresa</b>	TRAVELS SPECIALS COLOMBIA S.A.S.		
<b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b>	TRAVELS SPECIALS COLOMBIA S.A.S.		

**AREA:** No Reporta

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PRUEBA DE PERFIL PSICOLOGICO	NO ADECUADA
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, TENER EN CUENTA ESPEJOS RETROVISOR Y LATERALES, EVITAR EL USO DE AURICULARES DE RECREACION.
VISIOMETRIA	DEBE USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE PARA TRABAJAR-USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL-REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA - USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL - SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD SEGÚN LO INDIQUE LA EMPRESA - CONTINUAR CONTROL Y MANEJO EN EPS POR ANTECEDENTE DE PATOLOGÍA DE TIROIDES, TOMAR MEDICACION COMO INDICA MEDICO TRATANTE - USO DE LA CORRECCION VISUAL PERMANENTE -
GLICEMIA BASAL	SIN ALTERACION
DROGAS DE ABUSO PANEL X 2	SIN ALTERACION

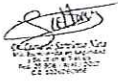
### CONCEPTO LABORAL

APLAZADO PARA CONDUCIR HASTA NUEVA VALORACION

Observaciones: HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA - USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL - SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD SEGÚN LO INDIQUE LA EMPRESA - CONTINUAR USO DE GAFAS - CONTINUAR CONTROL Y MANEJO EN EPS POR ANTECEDENTE DE PATOLOGÍA DE TIROIDES, TOMAR MEDICACION COMO INDICA MEDICO TRATANTE - DEBE REPETIR PRUEBA PSICOLOGICA POR ALTERACION EN RESULTADOS DE LA MISMA, SEGUN RESULTADO SE DEFINE CONDUCTA OCUPACIONAL FINAL

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)		
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 paracclínicos 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 paracclínicos 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 mí están completas y son verídicas. Firmo para constancia.



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



*Luz Marlen Nieto Nieto*



Firma y cédula del Paciente  
LUZ MARLEN NIETO NIETO  
51695527