

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 - BOGOTA 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: 3138916554
Cargo: CONDUCTOR
EPS: FAMISANAR
ARL: SURA
AFP: NO REPORTA

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

AREA: No Reporta

EXAMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PRUEBA DE PERFIL PSICOLOGICO ADECUADA

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS
OSTEOMUSCULAR HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA - USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL - SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD SEGUN LO INDIQUE LA EMPRESA - CONTINUAR CONTROL Y MANEJO EN EPS POR ANTECEDENTE DE PATOLOGIA 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 oportunidad 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 realizar 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.



Luz Marlen 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

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

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.
VISIONOMETRIA	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 PATOLOGIA 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 PATOLOGIA 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 paracínicos 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 realizararme los exámenes clínicos y paracínicos 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
LEONARDO SARMIENTO NIETO
25908 de 2017 sds c 1026260956

Luz Marlen Nieto Nieto

Firma y cédula del Paciente
LUZ MARLEN NIETO NIETO
51695527