

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA  
NIT: 900146367



## EVALUACION OCUPACIONAL PARA CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 79128893-285181

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	25 abr. 2025 - BOGOTA D.C	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO
<b>Paciente:</b>	LUIS ARMANDO GALEANO BERNAL	<b>Identificación:</b>	79128893
<b>Género</b>	MASCULINO	<b>Edad:</b>	58
<b>Fecha Nacimiento:</b>	25/06/1966	<b>Teléfono</b>	3212238126
<b>Estado Civil:</b>	CASADO(A)	<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR
<b>Dirección</b>	CRA 115 67 A -40	<b>EPS:</b>	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
<b>Escolaridad:</b>	BACHILLER	<b>ARL:</b>	SURA
<b>Empresa</b>	DESTINY TOURS SAS	<b>AFP:</b>	COLPENSIONES
<b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b>	DESTINY TOURS SAS	<b>AREA:</b>	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 VISION PROXIMA-USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VISUAL -REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES-USO DE LUBRICANTE OCULAR.
<b>EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTOMUSCULAR</b>	HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA - USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL - SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD SEGÚN LO INDIQUE LA EMPRESA - DIETA BAJA EN GRASAS, HARINAS Y AZUCARES PARA REDUCIR PESO - EJERCICIO CARDIOVASCULAR PERIODICO - USO DE GAFAS DE CERCA - 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 verídicas. Firmo para constancia.

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



Firma y cédula del Paciente  
LUIS ARMANDO GALEANO BERNAL  
79128893