

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367



EVALUACION OCUPACIONAL PARA CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 79315919-285748

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|--|--------------------------------|------------------------|--------------------------------------|
| Fecha y Lugar: | 08 may. 2025 - BOGOTA D.C | Tipo de Examen: | INGRESO |
| Paciente: | JOSE GUSTAVO GONZALEZ GONZALEZ | Identificación: | 79315919 |
| Género | MASCULINO | Edad: | 61 |
| Fecha Nacimiento: | 17/11/1963 | Teléfono | Móvil: 3103040861 |
| Estado Civil: | CASADO(A) | Cargo: | CONDUCTOR |
| Dirección | CR 37 9 70 SUR | EPS: | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD |
| Escolaridad: | BACHILLER | ARL: | SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. |
| Empresa | DESTINY TOURS SAS | AFP: | NO REPORTA |
| 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 SI LO REQUIERE 4. MANTENER LA VENTANA DEL VEHICULO CERRADA |
| VIISIOMETRIA | DEBE USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE-USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VISUAL -REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES-USO DE LUBRICANTE OCULAR. |
| 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 - USO DE LA CORRECCION VISUAL PERMANENTE - CONTROL Y MANEJO EN EPS DE MASA INGUINAL IZQUIERDA - DIETA BAJA EN GRASAS, HARINAS Y AZUCARES PARA REDUCIR PESO - EJERCICIO CARDIOVASCULAR PERIODICO |
| DROGAS DE ABUSO PANEL X 2 | 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 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 Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción | | |
| NO | | |

Información de Remisiones

CIRUGIA GENERAL

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
JOSE GUSTAVO GONZALEZ GONZALEZ
79315919

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