

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA  
NIT: 900146367



## EVALUACION OCUPACIONAL PARA CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 79408277-270382

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y Lugar:** 16 jul. 2024 - BOGOTA D.C  
**Paciente:** MAURICIO FAJARDO CASTELLANOS  
**Género** MASCULINO **Edad:** 57  
**Fecha Nacimiento:** 27/12/1966  
**Estado Civil:** CASADO(A)  
**Dirección** CRA 51 3 66  
**Escolaridad:** TÉCNICO  
**Empresa** DESTINY TOURS SAS  
  
**Misión/Contrato/** DESTINY TOURS SAS  
**Centro de Costo:**

**Tipo de Examen:** PRE INGRESO PARA CONDUCTOR  
**Identificación:** 79408277  
**Teléfono** Móvil: 3192482240  
**Cargo:** CONDUCTOR  
**EPS:** FAMISANAR  
**ARL:** POSITIVA  
**AFP:** COLFONDOS

**AREA:** No Reporta

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>PRUEBA PSICOSENSOMETRICA ( MOTRIZ Y SICOLOGICA)</b>	COORDINACION MOTRIZ ADECUADA.  FLUIDEZ VERBAL ADECUADA FACILIDAD NUMÉRICA ADECUADA RAPIDEZ DE PERCEPCIÓN ADECUADA SITUACIONES CONFLICTIVAS ADECUADAS MANEJO DE HERRAMIENTAS ADECUADAS ASOCIACIÓN LÓGICA ADECUADA ATENCIÓN VISUAL 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>	USO DE CORRECCION OPTICA DESCANSO VISUAL-CONSULTA DE OPTOMETRIA CLINICA DEBE ACTUALIZAR GAFAS EN USO
<b>EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEO muscular</b>	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. USO DE CORRECCION OPTICA DESCANSO VISUAL-CONSULTA DE OPTOMETRIA CLINICA DEBE ACTUALIZAR GAFAS EN USO, CONTINUAR CONTROL DE PATOLOGIA DE BASE, ADECUADA ADHERENCIA A MANEJO FARMACOLOGICO, DEBE BAJAR DE PESO, REALIZAR EJERCICIOS DE VACIADO VASCULAR DE MIEMBROS INFERIORES AL ACOSTARSE.
<b>DROGAS DE ABUSO PANEL X 2</b>	SIN ALTERACION

### 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

<b>Tipo de Restricción</b>	<b>Condiciones, Factores, Agentes Asociados</b>	<b>Permanente</b>
NO		
<b>Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)</b>		
NO		
<b>Información de Remisiones</b>		
OPTOMETRÍA	-	
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 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.

Carolina Guapachal

Dra. Carolina Guapachal 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  
MAURICIO FAJARDO CASTELLANOS  
79408277