

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 | Tipo de Examen: | PRE INGRESO PARA CONDUCTOR |
| Paciente: | MAURICIO FAJARDO CASTELLANOS | Identificación: | 79408277 |
| Género: | MASCULINO | Edad: | 57 |
| Fecha Nacimiento: | 27/12/1966 | Teléfono: | Móvil: 3192482240 |
| Estado Civil: | CASADO(A) | Cargo: | CONDUCTOR |
| Dirección: | CRA 51 3 66 | EPS: | FAMISANAR |
| Escolaridad: | TÉCNICO | ARL: | POSITIVA |
| Empresa: | DESTINY TOURS SAS | AFP: | COLFONDOS |
| Misión/Contrato/ Centro de Costo: | DESTINY TOURS SAS | AREA: | No Reporta |

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|--|--|
| PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (MOTRIZ Y SICOLOGICA) | 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 |
| 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, CONDUCIR TENIENDO EN CUENTA ESPEJOS RETROVISOR Y LATERALES, EVITAR LA EXPOSICION A RUIDO A NIVEL EXTRALABORAL, EVITAR EL USO DE AURICULARES DE RECREACION. |
| VISIOMETRIA | USO DE CORRECCION OPTICA DESCANSO VISUAL-CONSULTA DE OPTOMETRIA CLINICA DEBE ACTUALIZAR GAFAS EN USO |
| EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 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. |
| DROGAS DE ABUSO PANEL X 2 | 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

| 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

| | |
|--------------------|---|
| OPTOMETRÍA | - |
| MÉDICA 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 paraclínicos 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 paraclínicos 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 Guapacha
Dra. Carolina Guapacha C.
Médico Esp. en Salud Ocupacional
C.G. 1.031.121.057



Mauricio Fajardo



Médico Especialista en Salud Laboral
DIANA CAROLINA GUAPACHA LOAIZA
3689 / 2014 50-11336

Firma y cédula del Paciente
MAURICIO FAJARDO CASTELLANOS
79408277