

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

EVALUACION OCUPACIONAL PARA CONDUCTORES
Certificado de aptitud: 79999162-288741

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	08 jul. 2025 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	PRE INGRESO PARA CONDUCTOR
Paciente:	WILFREDO MENDOZA TAPIERO	Identificación:	79999162
Género	MASCULINO Edad: 47	Teléfono	Móvil: 3133504590
Fecha Nacimiento:	13/02/1978	Cargo:	CONDUCTOR
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	SUSALUD - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE
Dirección	CLL 7 87 B 53	ARL:	NÓ REPÓRTA
Escolaridad:	BACHILLER	AFP:	COLFONDOS
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 PSICOSENSOMETRICA (MOTRIZ Y SICOLOGICA)	COORDINACION MOTRIZ ADECUADA..
AUDIOMETRIA TAMIZ	1. CONTROL SEIS MESES, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR VEHICULO CON VENTANA ARRIBA
VISIOMETRIA	EXAMEN VISUAL PERIODICO - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VISUAL- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES- USO DE FILTROS ANTIRREFLEJO-USO DE LUBRICANTE OCULAR.
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	<ul style="list-style-type: none"> - HIGIENE POSTURAL (SENTARSE Y ESTAR DE PIE DERECHO), HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA. - CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SGSST. PARA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD LABORAL. - USO DE EPP OBLIGATORIO LABORAL Y EXTRA LABORALMENTE CUMPLIMIENTO CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA. - DIETA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN HARINAS Y GRASAS DE ORIGEN ANIMAL. - REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 -MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN. - SI LA MAYOR PARTE DE LA JORNADA LABORAL MANTIENE DE PIE, SE SUGIERE PREVENTIVAMENTE USO MEDIAS COMPRESIVAS PARA EVITAR APARICION DE VENA VARICE
GLICEMIA BASAL	SIN ALTERACION
DROGAS DE ABUSO PANEL X 2	SIN ALTERACION
ANEXO OSTEOMUSCULAR	EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES.

CONCEPTO LABORAL

APTO OCUPACIONALMENTE PARA CONDUCIR

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

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 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.


JM 1014210322

Médico Especialista en Salud Laboral
JUAN RAMON ORTIZ CARDONA
2762 de 2022 1014210322





Firma y cédula del Paciente
WILFREDO MENDOZA TAPIERO
79999162

