

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

EVALUACION OCUPACIONAL PARA CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 80127466-286110



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 14 may. 2025 - BOGOTÁ D.C.
Paciente: JOHN ALEXANDER TENJO TORRES
Género: MASCULINO **Edad:** 45
Fecha Nacimiento: 19/03/1980
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: CRA 18 A 53 87 SUR
Escolaridad: BACHILLER
Empresa: DESTINY TOURS SAS

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 80127466
Teléfono: **Móvil:** 317437398
Cargo: CONDUCTOR
EPS: SANITAS S.A.
ARL: SURA
AFP: PORVENIR S.A.

AREA: No Reporta

Misión/Contrato/ Centro de Costo: DESTINY TOURS SAS

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
VISIOMETRIA	EXAMEN VISUAL PERIODICO - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL VISUAL- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES- USO DE FILTROS ANTIRREFLEJO-USO DE LUBRICANTE OCULAR.
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. DEBE BAJAR DE PESO, VALORACION NUTRICIONAL POR EPS
DROGAS DE ABUSO PANEL X 2	SIN ALTERACION

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO

Observaciones: 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

NUTRICION

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 mí están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

Dra. Carolina Guapacha L.
Médico Esp. en Salud Ocupacional
C.G. 1.031.121.057

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



Firma y cédula del Paciente
JOHN ALEXANDER TENJO TORRES
80127466

