

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA  
NIT: 900146367



## EVALUACION OCUPACIONAL PARA CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 80127466-286110

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	14 may. 2025 - BOGOTA D.C	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO
<b>Paciente:</b>	JOHN ALEXANDER TENJO TORRES	<b>Identificación:</b>	80127466
<b>Género</b>	MASCULINO	<b>Edad:</b>	45
<b>Fecha Nacimiento:</b>	19/03/1980	<b>Teléfono</b>	317437398
<b>Estado Civil:</b>	CASADO(A)	<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR
<b>Dirección</b>	CRA 18 A 53 87 SUR	<b>EPS:</b>	SANITAS S.A.
<b>Escolaridad:</b>	BACHILLER	<b>ARL:</b>	SURA
<b>Empresa</b>	DESTINY TOURS SAS	<b>AFP:</b>	PORVENIR S.A.
<b>Misión/Contrato/</b>		<b>AREA:</b>	No Reporta
<b>Centro de Costo:</b>	DESTINY TOURS SAS		

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>PRUEBA PSICOSENSOMETRICA ( MOTRIZ Y SICOLOGICA)</b>	COORDINACION MOTRIZ ADECUADA.
<b>AUDIOMETRIA TAMIZ</b>	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
<b>VIOSIOMETRIA</b>	EXAMEN VISUAL PERIODICO - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL VISUAL- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES- USO DE FILTROS ANTIRREFLEJO-USO DE LUBRICANTE OCULAR.
<b>EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR</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. DEBE BAJAR DE PESO, VALORACION NUTRICIONAL POR EPS
<b>DROGAS DE ABUSO PANEL X 2</b>	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

<b>Tipo de Restricción</b>	<b>Condiciones, Factores, Agentes Asociados</b>	<b>Permanente</b>
NO		
<b>Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción</b>		
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 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 verídicas. Firmo para constancia.

Dra. Carolina Guapacha Loaiza  
Médico Esp. en Salud Ocupacional  
C.C. 1.031.121.097

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



Firma y cédula del Paciente  
JOHN ALEXANDER TENJO TORRES  
80127466