

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

EVALUACION OCUPACIONAL PARA CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 80163543-287312

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 11 jun. 2025 - BOGOTA D.C
Paciente: JOHANN ARVEY MANCERA RAMIREZ
Género MASCULINO **Edad:** 41
Fecha Nacimiento: 02/11/1983
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección CRA 105 16 H 22
Escolaridad: UNIVERSITARIO
Empresa DESTINY TOURS SAS

Misión/Contrato/ DESTINY TOURS SAS
Centro de Costo:

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 80163543
Teléfono Móvil: 3102261211
Cargo: CONDUCTOR
EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
ARL: SURA
AFP: PROTECCION S.A.

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (MOTRIZ Y SICOLOGICA)	COORDINACION MOTRIZ ADECUADA..
AUDIOMETRIA TAMIZ	1. CONTROL ANUAL, 2. CONDUCIR CON VENTANA ARRIBA DEL VEHICULO
VISSIOMETRIA	DEBE USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE PARA TRABAJAR-USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VISUAL -REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES-USO DE LUBRICANTE OCULAR.
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	- 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 SGSS. 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
DROGAS DE ABUSO PANEL X 2	SIN ALTERACION

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO

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		
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.



RM 1014210322

Dr. Juan Ramón Ortiz Cardona
Año 2022
Firma digitalizada
Sist. Somedelimitada

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



Firma y cédula del Paciente
JOHANN ARVEY MANCERA RAMIREZ
80163543