

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA  
NIT: 900146367

**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL**  
Certificado de aptitud: 80241391-279504

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

|                                      |                               |                  |                      |
|--------------------------------------|-------------------------------|------------------|----------------------|
| Fecha y Lugar:                       | 07 ene. 2025 - BOGOTA D.C     | Tipo de Examen:  | INGRESO              |
| Paciente:                            | HAMES OSWALDO GARZON MARTINEZ | Identificación:  | 80241391             |
| Género                               | MASCULINO Edad: 43            | Teléfono         | Móvil: 3212551078    |
| Fecha Nacimiento:                    | 18/08/1981                    | Cargo:           | COORDINADOR          |
| Estado Civil:                        | SOLTERO(A)                    | EPS:             | CAPITAL SALUD EPS -S |
| Dirección                            | CRA 1 A 3 64                  | ARL:             | SURA                 |
| Escolaridad:                         | BACHILLER                     | AFP:             | PORVENIR S.A.        |
| Empresa                              | DESTINY TOURS SAS             | AREA: No Reporta |                      |
| Misión/Contrato/<br>Centro de Costo: | DESTINY TOURS SAS             |                  |                      |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

|  |  |
|--|--|
| AUDIOMETRIA TAMIZ                          | 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. EVITAR EL USO DE AURICULARES DE RECREACION   |
| VISTOMETRIA                                | DEBE USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE-USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL -REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES-USO DE LUBRICANTE OCULAR.   |
| EXAMEN MEDICO CON ENFASIS<br>OSTEOMUSCULAR | DIETA HIPOCALÓRICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN HARINAS Y GRASAS DE ORIGEN ANIMAL.<br>REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 45 - 60 MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN.<br>HIGIENE POSTURAL. AUTOCUIDADO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA.<br>DEBE USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE |

## 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 |  |
| SI |  |

## Información de Remisiones

|    |  |
|----|--|
| NO |  |
| SI |  |

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 realizararme 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 verificadas. Firmo para constancia.

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <br>Dr. Carolina Guapacha<br>Médico Especialista en Salud Laboral<br>DIANA CAROLINA GUAPACHA LOAIZA<br>3688 / 2014 50-11336 |  | <br>Firma y cédula del Paciente<br>HAMES OSWALDO GARZON MARTINEZ<br>80241391 |  |
|---|--|--|--|