

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA  
NIT: 900146367

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



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>AUDIOMETRIA TAMIZ</b>	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. EVITAR EL USO DE AURICULARES DE RECREACION
<b>VISIOMETRIA</b>	DEBE USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE-USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL -REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES-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 DE ACUERDO AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA. 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

## 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.

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

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



Firma y cédula del Paciente  
HAMES OSWALDO GARZON MARTINEZ  
80241391

