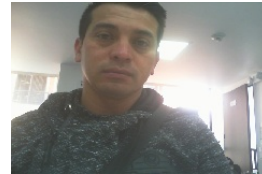


CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ENTORNO & COMPAÑIA LTDA
NIT: 830034865-1



TRABAJO EN ALTURAS - CONDUCTOR Certificado de aptitud: 1077032616-97097 INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	10 feb. 2023 - BOGOTÁ D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	RIQUELME PINILLA RODRIGUEZ	Identificación:	1077032616
Género:	MASCULINO Edad: 35	Teléfono:	NO REPORTA Móvil: 3103176229
Fecha Nacimiento:	19/11/1987	Cargo:	CONDUCTOR AYUDANTE
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	FAMISANAR
Dirección:	CALLE 151 # 111 A 87	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	COLPENSIONES
Empresa:	PROING S.A. -606	Área:	OPERATIVA
		RH A+	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN EVIDENCIAN QUE ESTÁ SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS RANGOS NORMALES DE APROBACIÓN, SIN RASTRO DE DISMINUCIÓN DE LA HABILIDAD PSICOMOTRIZ. SE RECOMIENDA REALIZAR PRUEBAS EN 12 MESES. EL EVALUADO ES APTO Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA TRABAJO EN ALTURAS Y CONDUCTOR.
VALORACION PSICOLOGICA	DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS PRUEBAS Y LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA EL EVALUADO ES APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO COMO - CONDUCTOR AYUDANTE Y PARA TRABAJO EN ALTURAS DADO QUE NO SE EVIDENCIARON CAMBIOS O ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS EN EL COMPORTAMIENTO O EL ESTADO PSICO-EMOCIONAL QUE IMPLIQUEN EFECTOS NEGATIVOS SOBRE EL NIVEL DE DESEMPEÑO O EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES. NO SE ENCONTRARON RASGOS NI RIESGOS ASOCIADOS CON DEPRESIÓN, ANSIEDAD O FOBIAS IDENTIFICADAS
AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON VENTANA CERRADA
ESPIROMETRIA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRIA	CONTROL UN AÑO
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS.
GLICEMIA	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
HEMOGRAMA IV	REALIZADO
PRUEBA DE VERTIGO	REALIZADAS
PRUEBA NEURO PSIQUIATRICA	REALIZADA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO-
APTO PARA CONDUCIR
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

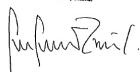
Observaciones: SE RECUERDAN LAS MEDIDAS PREVENTIVAS FRENTE AL COVID. USO DEL TAPABOCAS EN LUGARES CON AGLOMERACIÓN DE PERSONAS, LAVADO FRECUENTE DE MANOS Y AIREAR LOS LUGARES EN LOS CUALES DEBA PERMANECER.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)		
NO		
Información de Remisiones		
NO		

"De conformidad con la Ley 1581 de 2012, "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales " y las demás normas concordantes, a través de las cuales se establecen disposiciones generales en materia de hábeas data y se regula el tratamiento de la información que contenga datos personales, Autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a ENTORNO Y COMPAÑIA LTDA, para que en los términos legalmente establecidos realice la recolección, almacenamiento, uso y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré, en virtud de los exámenes médicos laborales y complementarios que me realizará, en concordancia con la Resolución 1995 de 1999 y Resolución 2346 de 2007.

Al firmar este documento en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Otorgo mi consentimiento de forma libre y sin coerción y autorizo a la IPS ENTORNO Y COMPAÑIA LTDA, a la realización de las evaluaciones solicitadas en la atención por mi empleador o entidad remitente. Autorizo a la IPS ENTORNO Y COMPAÑIA y al doctor (a) firmante, para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento."

LUIS FERNANDO RINCON C.
Médico Especialista
En Salud Ocupacional



LUIS FERNANDO RINCON CORREA
Médico Especialista en Salud Laboral 10638/2021 19481605

RIQUELME PINILLA RODRIGUEZ
Firma y cédula del Paciente

1077032616