

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ENTORNO & COMPAÑIA LTDA
NIT: 830034865-1



TRABAJO EN ALTURAS - CONDUCTOR
Certificado de aptitud: 79393529-111525

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13 dic. 2023 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen: PERIODICO
Paciente: DIEGO JAVIER VILLAMIL LAITON	Identificación: 79393529
Género: MASCULINO Edad: 57	Teléfono: 6638070 Móvil: 3118527937
Fecha Nacimiento: 15/08/1966	Cargo: CONDUCTOR AYUDANTE
Estado Civil: CASADO(A)	EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección: CRA 104 # 15A-72 INT 9 CASA 17	ARL: SURA
Escolaridad: BACHILLERATO	AFP: COLPENSIONES
Empresa: PROING S.A. - 590	AREA: OPERATIVA RH A+

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN EVIDENCIAN UNA INCIPIENTE DISMINUCIÓN DE LA HABILIDAD PSICOMOTRIZ. EL EVALUADO ES APTO Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA TRABAJO EN ALTURAS Y CONDUCTOR. SE RECOMIENDA REALIZAR SEGUIMIENTO PREVENTIVO AL DESEMPEÑO COMO CONDUCTOR
VALORACION PSICOLOGICA	DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS PRUEBAS Y LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA EL EVALUADO PUEDE CONTINUAR DESEMPEÑANDO 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. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO 4. CONDUCIR CON VENTANA CERRADA 5 SIN CAMBIO SIGNIFICATIVO CON RESPECTO A EXAMEN DE 1/12/2022
OPTOMETRIA	RX EN USO PÉRMANENTES, CONTROL ANUAL
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN MEDIANA, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA., CONTROL POR PROGRAMA DE CRONICOS EN LA EPS., IMPORTANTE HACER ÉNFASIS EN HIGIENE POSTURAL Y FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA DE ESPALDA Y ABDÓMEN. CONTROLES CON MEDICOS TRATANTES. USO DE DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA EN ZONAS DONDE NIVELES DE RUIDO SUPEREN LOS 85 DB. CONDUCIR CON VENTANA CERRADA. EVITAR USO DE AUDÍFONOS RECREACIONALES. , DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS.
GLICEMIA	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
HEMOGRAMA IV	REALIZADO
PRUEBA DE VERTIGO	NORMAL

CONCEPTO LABORAL

PUEDE CONTINUAR LABORANDO EN EL MISMO OFICIO
APTO PARA CONDUCIR.
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

Observaciones:

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

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 realizaré, 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.'

M Nieto
DRA. MARTHA LUCIA NIETO
RM 511847172
SY SALUD EN EL TRABAJO
LIC. 1621 DE 05/07/2023



Diego Villamil Laiton

MARTHA LUCIA NIETO NAVAS
Médico Especialista en Salud Laboral 4827 05/07/2023

DIEGO JAVIER VILLAMIL LAITON
Firma y cédula del Paciente

79393529