

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ENTORNO & COMPAÑÍA
La IPS de las Buenas Empresas



ENTORNO & COMPAÑÍA LTDA
NIT: 830034865-1

TRABAJO EN ALTURAS - CONDUCTOR

Certificado de aptitud: 1022351024-107336

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 09 sept. 2023 - BOGOTA D.C
Paciente: LUIS MIGUEL ENCISO RIOS
Género MASCULINO **Edad:** 35
Fecha Nacimiento: 4/07/1988
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: CALLE 2 # 93 D 45
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa: PROING S.A. - 606

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1022351024
Teléfono: NO REPORTA **Móvil:** 3124515393
Cargo: CONDUCTOR AYUDANTE
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
ARL: NO REPORTA
AFP: PROTECCION S.A.
AREA: OPERATIVA
RH A+

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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.
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.
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 OSTOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
GLICEMIA	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
HEMOGRAMA IV	REALIZADO
PRUEBA DE VERTIGO	REALIZADA

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO-
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)		
AUDITIVO	-	PPyP
BIOMECANICO	-	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 COMPAÑÍA 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 entregará, 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 COMPAÑÍA LTDA, a la realización de las evaluaciones solicitadas en la atención por mi empleador o entidad remitente. Autorizo a la IPS ENTORNO Y COMPAÑÍA y al doctor (a) firmando, 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 remita 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.'

Dra. Wilfran Palacio C.
MEDICINA LABORAL
ME SST 0103/17



Luis Miguel Enciso Rios

WILFRAN PALACIO CASTILLO
Médico Especialista en Salud Laboral 3123-2007 79366454

LUIS MIGUEL ENCISO RIOS
Firma y cédula del Paciente

1022351024