

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ENTORNO & COMPAÑÍA LTDA
NIT: 830034865-1

TRABAJO EN ALTURAS - CONDUCTOR

Certificado de aptitud: 1032473808-103203

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	08 jun 2023 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	JOSE JOAQUIN GARAVITO RAMIREZ	Identificación:	1032473808
Género	MASCULINO	Teléfono	no reporta
Edad:	27	Cargo:	CONDUCTOR AYUDANTE
Fecha Nacimiento:	14/08/1995	EPS:	SURA EPS
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	ARL:	NO REPORTA
Dirección	CALLE 84 C BUS SUR # 80 I 53 TORRE 3 APTO 301	AFP:	PORVENIR S.A.
Escolaridad:	BACHILLERATO	AREA: ADMINISTRATIVA	
Empresa	PROING S.A. - 590	RH AB+	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	DE ACUERDO CON LA EXPERIENCIA EN CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE PRUEBAS PSICOMETRICAS 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-ESPACIOS CONFINADOS 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. REQUIERE REALIZAR EL CURSO DE ENTRENAMIENTO, CAPACITACIÓN Y CERTIFICACIÓN EN ALTURAS.
AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO. 4. CONDUCIR CON VENTANILLA CERRADA
OPTOMETRIA	RX EN USO, CONTROL ANUAL
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, INDUCCIÓN SOBRE RIESGOS PROPIOS DEL CARGO, INCENTIVAR VACUNACIÓN PREVENTIVA DEL ADULTO, CONTROL ANUAL OPTOMÉTRICO Y AUDITIVO PERIÓDICO, CUMPLIR CON PROGRAMAS DE SALUD PARA EL HOMBRE , SEGUIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD DE LA EMPRESA, HIGIENE POSTURAL, LAVADO DE MANOS FRECUENTE, USO DE TAPABOCAS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL.
GLICEMIA	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
PRUEBA DE VERTIGO	REALIZADO
PRUEBA NEURO PSIQUIATRICA	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones: AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR , TRABAJO EN ALTURAS Y CONDUCCION SIN ALTERACION, USO DE CORRECCION OPTICA , DIETA BALANCEADA BAJA EN AZUCARES Y CARBOHIDRATOS , EN EL MOMENTO SIN SINTOMATOLOGIA ASOCIADA A COVID 19, CONTINUAR CONTROLES OCUPACIONALES PERIODICOS.

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

Diana Suarez

Dra. Diana Marcela Suarez L.
C.C. 1018393112
Médico Especialista en SST
RM 254790-2011-LSD 25-3146



JOAQUIN GR

DIANA MARCELA SUAREZ LAGOS
Médico Especialista en Salud Laboral 25-3146 de 2016 -

JOSE JOAQUIN GARAVITO RAMIREZ
Firma y cédula del Paciente

1032473808