

---

## COMUNICACIÓN INTERNA

---

Página 1 de 1

**PARA:** Fabian alexander Suarez guerrero

**ASUNTO:** Remisión a EPS

**COPIAS:** Carpeta interna

**FECHA:** 29/07/2023

---

Cordial Saludo,

Teniendo en cuenta las recomendaciones que están consignadas en el certificado de aptitud médica, emitida por el médico especialista en Salud ocupacional, recomendaciones:

- DIETA BALANCEADA BAJA EN AZUCARES Y CARBOHIDRATOS
- EJERCICIO REGULAR
- CUIDADOS AUDITIVOS
- CONTINUAR CONTROLES OCUPACIONALES PERIODICOS

Le recordamos que la obligación del trabajador es: cumplir con los lineamientos del SG SST como está establecido en el contrato, el incumplimiento conllevará a aplicación de proceso administrativo por presunto incumplimiento de contrato.

Lo anterior de conformidad con lo dispuesto en la reglamentación que regula el SG-SST, la actividad de la empresa, así como las políticas fijadas por el SG-SST y el contrato con la empresa ADONITRANS S.A.S., da pena para dar inicio al procedimiento sancionatorio por incumplimiento de contrato.

**Quedamos atentos a la espera de los soportes que evidencien de manera periódica el tratamiento por parte de la EPS con fecha máxima 3 meses. Lo anterior con fundamento en los art. 58 y 62 del código sustantivo del trabajo que a la letra indican.**

Cordialmente,

VALENTINA OCHOA HERNÁNDEZ  
Coordinadora de TH

Coord. SST

FIRMA DEL COLABORADOR

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ENTORNO & COMPAÑIA LTDA  
NIT: 830034865-1



**TRABAJO EN ALTURAS - CONDUCTOR**  
Certificado de aptitud: 80256205-105640

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	29 jul 2023 - BOGOTA D.C	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO
<b>Paciente:</b>	FABIAN ALEXANDER SUAREZ GUERRERO	<b>Identificación:</b>	80256205
<b>Género:</b>	MASCULINO	<b>Edad:</b>	40
<b>Fecha Nacimiento:</b>	01/03/1983	<b>Teléfono:</b>	NO REPORTA
<b>Estado Civil:</b>	CASADO(A)	<b>Móvil:</b>	3008887718
<b>Dirección:</b>	CALLE 23 # 106 12	<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR
<b>Escolaridad:</b>	TÉCNICO	<b>EPS:</b>	FAMISANAR
<b>Empresa:</b>	PROING S.A. -606	<b>ARL:</b>	NO REPORTA
		<b>AFP:</b>	COLPENSIIONES
		<b>AREA: OPERATIVA</b>	
		<b>RH O+</b>	

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>PRUEBA PSICOSENSOMETRICA</b>	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
<b>VALORACION PSICOLOGICA</b>	DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS PRUEBAS Y LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA EL EVALUADO ES APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO COMO CONDUCTOR 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.
<b>AUDIOMETRIA</b>	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON VENTANA CERRADA
<b>ESPIROMETRIA</b>	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
<b>OPTOMETRIA</b>	CONTROL UN AÑO
<b>EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR</b>	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION 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.
<b>GLICEMIA</b>	REALIZADO
<b>PERFIL LIPIDICO</b>	REALIZADO
<b>PRUEBA DE VERTIGO</b>	REALIZADO

## CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones: AL EXAMEN CONDUCCION Y TRABAJO EN ALTURAS SIN ALTERACION, SE RECOMIENDA DIETA BALANCEADA BAJA EN AZUCARES Y CARBOHIDRATOS, EJERCICIO REGULAR, CUIDADOS AUDITIVOS, CONTINUAR CONTROLES OCUPACIONALES PERIODICOS.HIPERLI

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
AUDITIVO	-	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 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."

*Diana Suarez*

Dra. Diana Marcela Suarez B.  
C.C. 1315393-172  
Médico Especialista en SST  
RM 254789-2019-LSO 25-3146



*Fabian Alexander Suarez Guerrero*

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

FABIAN ALEXANDER SUAREZ GUERRERO  
Firma y cédula del Paciente

80256205