CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ENTORNO & COMPAÑIA LTDA
NIT: 830034865-1

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1013648369-115213

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	16 mar 2024 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	FABIAN CAMILO GUZMAN VARELA	**Identificación:**	1013648369
Género	MASCULINO **Edad:** 29	**Teléfono**	NO REFIERE **Móvil:** 3212973953
Fecha Nacimiento:	26/03/1994	**Cargo:**	DOCENTE
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	CRA 34A #27A 66 SUR	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	COLFONDOS
Empresa	CLAUSTRO MODERNO LTDA	**AREA: ADMINISTRATIVA**	
Empresa en Misión:	CLAUSTRO MODERNO LTDA	**RH O+**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

VALORACION PSICOLOGICA	DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS PRUEBAS Y LA ENTREVISTA PSICOLóGICA EL EVALUADO PUEDE CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO COMO DOCENTE, 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.
AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO,
OPTOMETRIA	CONTINUAR CON USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN CASO DE REQUERIRSE , 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.
GLICEMIA	REALIZADO
HEMOGRAMA IV	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO

CONCEPTO MEDICINA LABORAL

PUEDE CONTINUAR LABORANDO EN EL MISMO OFICIO

Observaciones: AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACION, SE RECOMIENDA DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO REGULAR , CONTINUAR CON USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE , CONTINUAR CONTROLES OCUPACIONALES PERIODICOS.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

CARDIOVASCULAR		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 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.'

Dra. Diana Marcela Suarez L.
C.C. 1.015.395.112
Médico Especialista en SST
RM 254789/2011-LSO 25-3146

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

Firma y cédula del Paciente
FABIAN CAMILO GUZMAN VARELA
1013648369