

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS  
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL  
Certificado de aptitud: 80162284-56358

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	21 may. 2024 - BOGOTA D.C	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO
<b>Paciente:</b>	ANDRES PATRICIO JAIMES LANCHEROS	<b>Identificación:</b>	80162284
<b>Género:</b>	MASCULINO <b>Edad:</b> 41	<b>Teléfono</b>	<b>Móvil:</b> 3138464972
<b>Fecha Nacimiento:</b>	21/02/1983	<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR
<b>Estado Civil:</b>	SOLTERO(A)	<b>EPS:</b>	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
<b>Dirección</b>	CL 26 SUR 93 D 38	<b>ARL:</b>	SURA
<b>Escolaridad:</b>	TÉCNICO	<b>AFP:</b>	COLPENSIONES
<b>Empresa</b>	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS	<b>AREA:</b>	OPERATIVA
<b>Empresa en Misión:</b>	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS -		

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>AUDIOMETRIA</b>	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA 4. CONTROL POR OTORRINOLARINGOLOGO POR LA EPS 5. DESCENSO BILATERAL QUE NO AFECTA SU LABOR
<b>VISIOMETRIA</b>	CONTROL VISUAL ANUAL, REALIZAR PAUSAS VISUALES.
<b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
<b>PSICOSENSOMETRICO</b>	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APROBADA

### CONCEPTO MEDICINA LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.  
APTO PARA CONDUCIR

Observaciones:

#### Tipo de Restricción

#### Condiciones, Factores, Agentes Asociados

#### Permanente

NO

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

VISUAL	-	PPyP
AUDITIVO	-	PPyP

### Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA

-

'En la fecha, Yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, incluidas las posibles complicaciones que puedan generarse, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado SI autorizo a PHENIX SALUD OCUPACIONAL para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a PHENIX SALUD OCUPACIONAL para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos, para fines de apertura y registro de historia clínica y anexos pertinentes.'

I. SILVA  
Dr. Isaut Silva C.  
Especialista Salud Ocupacional  
U. Rosario Res. 4644 Abril 2014



Andrés Patricio Jaimes Lancheros

ISAUT SILVA CASTAÑO

Médico Especialista en Salud Laboral

Res.15038 17/04/2024  
RM8616097

ANDRES PATRICIO JAIMES LANCHEROS

80162284

Firma y cédula del Paciente