

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 1000953915-63986

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	18 dic. 2024 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	SANTIAGO QUIROZ ALVARADO	Identificación:	1000953915
Género:	MASCULINO Edad: 23	Teléfono:	Móvil: 3124928367
Fecha Nacimiento:	28/03/2001	Cargo:	CONDUCTOR
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección:	CALLE 116A # 70C-52	ARL:	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	COLPENSIONES
Empresa:	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS		

AREA: OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA
OPTOMETRIA	1. PACIENTE CON BUENA CONDICION VISUAL 2. CONTROL VISUAL ANUAL.
MEDICINA OCUPACIONAL	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.
PSICOSENSOMETRICO	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APROBADA

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.
APTO PARA CONDUCIR

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
---------------------	------------------------------------------	------------

NO

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

VISUAL	-	PPyP
--------	---	------

Información de Remisiones

NO

'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
T.P. 086160-97 • Res. 15038
Universidad Del Rosario



Médico Especialista en Salud Laboral
ISAUT SILVA CASTAÑO
Res.15038 17/04/2024 RM8616097

Firma y cédula del Paciente
SANTIAGO QUIROZ ALVARADO
1000953915