

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS  
NIT: 900544245-7



## CONDUCTORES

Tipo de Examen: **INGRESO**

Certificado de aptitud: 1001175377-81182

### INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

**Empresa:** TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS  
**Actividad Económica:**

**Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:** TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

<b>Fecha y Lugar:</b>	31 mar. 2026 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	<b>Identificación:</b>	1001175377
<b>Paciente:</b>	MICHAEL STIVEN ISAZA HERNANDEZ	<b>Teléfono</b>	0 <b>Móvil:</b> 3027214258
<b>Género</b>	MASCULINO <b>Edad:</b> 23	<b>EPS:</b>	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
<b>Fecha Nacimiento:</b>	11/12/2002	<b>ARL:</b>	SURA
<b>Estado Civil:</b>	SOLTERO(A)	<b>AFP:</b>	PORVENIR S.A.
<b>Escolaridad:</b>	BACHILLERATO	<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR
<b>Área: OPERATIVA</b>			
<b>Correo Electrónico:</b>	isaza202@gmail.com		

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

<b>AUDIOMETRIA</b>	1. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO 2. SUSPENSIÓN DE HISOPOS PARA LA LIMPIEZA AUDITIVA 3. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA 4. AGUDEZA AUDITIVA DENTRO DE LIMITES NORMALES
<b>VISIOMETRIA</b>	CONTROL ANUAL, PAUTAS DE HIGIENE VISUAL
<b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, SEGUIMIENTO DE LA PRESION ARTERIAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.
<b>PSICOSENSOMETRICO</b>	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**

NUTRICIÓN

PPyP

### Información de Remisiones

NUTRICION

'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.'

*Dr. César Ariel Posada Almanza*  
Médico Cirujano U.N  
Especialista en Salud Ocupacional  
Res: 25 - 1016 del 30/11/2023



MEDICO ESPECIALISTA S.O.  
CESAR ARIEL POSADA ALMANZA  
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 79598467  
RM79598467 - Res.25-1016/23

Firma y cédula del Paciente  
MICHAEL STIVEN ISAZA HERNANDEZ  
1001175377