

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS

NIT: 900544245-7



CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 1012408702-72751

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 09 ago. 2025 - BOGOTA D.C
Paciente: CAMILO FERNANDO SAZA GUEVARA
Género MASCULINO **Edad:** 31
Fecha Nacimiento: 14/03/1994
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CRA 81H #75- 85 SUR
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS
Misión/Contrato/ Centro de Costo: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1012408702
Teléfono 0 **Móvil:** 3134464465
Cargo: CONDUCTOR
EPS: FAMISANAR
ARL: SURA
AFP: PORVENIR S.A.

AREA: OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO 3. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA 4.SUSPENSIÓN DE HISOPOS PARA LA LIMPIEZA AUDITIVA
OPTOMETRIA	1. USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE 2. REALIZAR PAUSAS VISUALES 3. CONTROL EN 1 AÑO.
MEDICINA OCUPACIONAL	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, REALIZAR EJERCICIOS FÍSICOS AL MENOS 3 VECES POR SEMANA, MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
DROGAS DE ABUSO X 5 PANELES	NEGATIVO
PSICOSENSOMETRICO	PRUBA 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.'

Dr. ABEL SANTIAGO ARIZA HEREDIA
Médico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional

LSO: 1070 21/12/20

Médico Especialista en Salud Laboral
ABEL SANTIAGO ARIZA HEREDIA
LSO 1070 21/12/20 RM13848/95



Firma y cédula del Paciente
CAMILO FERNANDO SAZA GUEVARA
1012408702