

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS  
NIT: 900544245-7



## CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 1012408702-72751

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	09 ago. 2025 - BOGOTA D.C	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO
<b>Paciente:</b>	CAMILO FERNANDO SAZA GUEVARA	<b>Identificación:</b>	1012408702
<b>Género:</b>	MASCULINO <b>Edad:</b> 31	<b>Teléfono:</b>	0 <b>Móvil:</b> 3134464465
<b>Fecha Nacimiento:</b>	14/03/1994	<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR
<b>Estado Civil:</b>	SOLTERO(A)	<b>EPS:</b>	FAMISANAR
<b>Dirección:</b>	CRA 81H #75- 85 SUR	<b>ARL:</b>	SURA
<b>Escolaridad:</b>	BACHILLERATO	<b>AFP:</b>	PORVENIR S.A.
<b>Empresa:</b>	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS		
<b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b>	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS		

**AREA: OPERATIVA**

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>AUDIOMETRIA</b>	1. CONTROL ANUAL 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO 3. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA 4.SUSPENSIÓN DE HISOPOS PARA LA LIMPIEZA AUDITIVA
<b>OPTOMETRIA</b>	1. USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE 2. REALIZAR PAUSAS VISUALES 3. CONTROL EN 1 AÑO.
<b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, REALIZAR EJERCICIOS FÍSICOS AL MENOS 3 VECES POR SEMANA, MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
<b>DROGAS DE ABUSO X 5 PANELES</b>	NEGATIVO
<b>PSICOSENSOMETRICO</b>	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 S. ARIZA HEREDIA  
Médico Cirujano  
Especialista en Salud Ocupacional

LSO: 1070 21/12/20



Firma y cédula del Paciente  
CAMILO FERNANDO SAZA GUEVARA  
1012408702

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