

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS

NIT: 900544245-7



CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 1014274451-74405

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 22 sept. 2025 - BOGOTA D.C
Paciente: JUAN CAMILO BARCO QUINTERO
Género: MASCULINO **Edad:** 29
Fecha Nacimiento: 25/01/1996
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CALLE 132D #95- 39
Escolaridad: TÉCNICO
Empresa: PARTICULAR
Misión/Contrato/ Centro de Costo: PARTICULAR

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1014274451
Teléfono: 0 **Móvil:** 3022543755
Cargo: CONDUCTOR
EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
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

OPTOMETRIA: 1. CONSULTA DE OPTOMETRIA POR LA EPS PARA FORMULACION DE LENTES CON FILTROS DE PROTECCION 2. REALIZAR PAUTAS ACTIVAS

MEDICINA OCUPACIONAL: USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL

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

OPTOMETRÍA

'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

Médico Especialista en Salud Laboral
CESAR ARIEL POSADA ALMANZA
Res.25-1016/23 RM79598467



Firma y cédula del Paciente
JUAN CAMILO BARCO QUINTERO
1014274451