

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS

NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 1014279154-69370

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 19 may. 2025 - BOGOTA D.C
Paciente: NICOLAS JOSE ROJAS PIRAQUIVE
Género: MASCULINO **Edad:** 28
Fecha Nacimiento: 27/07/1996
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CALL 82 A # 83-09
Escolaridad: UNIVERSITARIO
Empresa: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

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

Tipo de Examen: PERIODICO
Identificación: 1014279154
Teléfono: 0 **Móvil:** 3203711189
Cargo: LIDER OPERATIVO
EPS: ALIANSALUD
ARL: SURA
AFP: PORVENIR S.A.

AREA: ADMINISTRATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO
VIOSIOMETRIA	1. CONTROL VISUAL EN 1 AÑO 2. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 3. SE SUGIERE USO OPCIONAL DE LENTES CON FILTROS DE PROTECCION.
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, VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICIÓN EN EPS (CONTROL DE TENSION)

CONCEPTO LABORAL

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO

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
MÉDICINA GENERAL EPS

'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
NICOLAS JOSE ROJAS PIRAQUIVE
1014279154