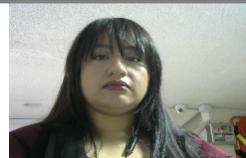


CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1018431774-71677

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 18 jul. 2025 - BOGOTA D.C
Paciente: MARIA FERNANDA AREVALO BOTERO
Género FEMENINO **Edad:** 35
Fecha Nacimiento: 31/12/1989
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CRA 92 # 6 A 65
Escolaridad: TECNOLÓGICO
Empresa TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS
Misión/Contrato/
Centro de Costo: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1018431774
Teléfono 0 **Móvil:** 3208690815
Cargo: COORDINADORA
EPS: SANITAS S.A.
ARL: SURA
AFP: PORVENIR S.A.

AREA: OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRÍA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. SUSPENSIÓN DE HISOPOS PARA LA LIMPIEZA AUDITIVA
OPTOMETRÍA	USO DE CORECCIÓN VISUAL PERMANENTE, REALIZAR PAUSAS VISUALES, CONTROL EN UN AÑO.
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ANTEOJOS PERMANENTES, 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 NUTRICIÓN EN EPS.

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción		
VISUAL	-	PPyP
NUTRICIÓN	-	PPyP

Información de Remisiones

NUTRICIÓN

'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 paracínicos 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 paracínicos 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
MARIA FERNANDA AREVALO BOTERO
1018431774