

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1020834727-67335

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 19 mar. 2025 - BOGOTA D.C
Paciente: LEONARDO FABIAN PALACIOS ERASCO
Género: MASCULINO **Edad:** 26
Fecha Nacimiento: 7/08/1998
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CRA 56 # 161- 45
Escolaridad: UNIVERSITARIO
Empresa: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS
Misión/Contrato/ Centro de Costo: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

Tipo de Examen: PERIODICO
Identificación: 1020834727
Teléfono: no reporta **Móvil:** 3138825303
Cargo: LIDER COMERCIAL
EPS: FAMISANAR
ARL: SURA
AFP: NO REPORTA

AREA: OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3 SUSPENSIÓN DE HISOPOS PARA LA LIMPIEZA AUDITIVA
VISIOMETRIA 1. CONTROL VISUAL ANUAL 2. REALIZAR PAUTAS DE HIGIENE VISUAL 3. USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE.
MEDICINA OCUPACIONAL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

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

VISUAL

SVE

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.'

Dra. Sonia C. Robby Buitrago
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 15794 Licencia S.O RES 8869/2021

Médico Especialista en Salud Laboral
SONIA CAROLINA ROBBY BUITRAGO
Res.8869 de 30/04/21 RM 15794



Leonardo Palacios

Firma y cédula del Paciente
LEONARDO FABIAN PALACIOS ERASCO
1020834727