

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 1022981628-63565

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 06 dic. 2025 - BOGOTA D.C
Paciente: LUIS FELIPE PEREZ HUERFANO
Género MASCULINO **Edad:** 32
Fecha Nacimiento: 29/11/1992
Estado Civil: UNION LIBRE
Dirección CRA 6 # 100A-52 SUR
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

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

Tipo de Examen: PERIODICO
Identificación: 1022981628
Teléfono Móvil: 3122671352
Cargo: CONDUCTOR
EPS: FAMISANAR
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
VIOSIMETRIA	1. PACIENTE CON BUENA CONDICION VISUAL 2. CONTROL VISUAL ANUAL.
MEDICINA OCUPACIONAL	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
PSICOSENSOMETRICO	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APROBADA

CONCEPTO LABORAL

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO
APTO PARA CONDUCCION

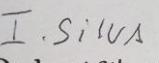
Observaciones:

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 paracológicos 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 paracológicos 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. Isaút Silva C. Especialista Salud Ocupacional T.P. 086160-97 • Res. 15038 Universidad Del Rosario		
Médico Especialista en Salud Laboral ISAÚT SILVA CASTAÑO Res. 15038 17/04/2024 RM8616097		Firma y cédula del Paciente LUIS FELIPE PEREZ HUERFANO 1022981628