

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS

NIT: 900544245-7



## CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 1022994361-59847

## INFORMACION DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	03 feb. 2025 - BOGOTA D.C	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO
<b>Paciente:</b>	ERIKA MILENA SUAREZ RIAÑO	<b>Identificación:</b>	1022994361
<b>Género</b>	FEMENINO	<b>Teléfono</b>	Móvil: 3112030500
<b>Fecha Nacimiento:</b>	28/02/1994	<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR
<b>Estado Civil:</b>	SOLTERO(A)	<b>EPS:</b>	FAMISANAR
<b>Dirección</b>	CRA 15 B # 4C-40	<b>ARL:</b>	SURA
<b>Escolaridad:</b>	BACHILLERATO	<b>AFP:</b>	PORVENIR S.A.
<b>Empresa</b>	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS	<b>AREA:</b>	OPERATIVA
<b>Empresa en Misión:</b>	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS		

## EXAMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

**AUDIOMETRIA** 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA

**OPTOMETRIA** 1. CONTINUAR USO DE CORRECCION OPTICA 2. CONTROL VISUAL ANUAL

**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.

**PSICOSENSOMETRICO** PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APROBADA

## CONCEPTO MEDICINA LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.  
APTO PARA CONDUCIR

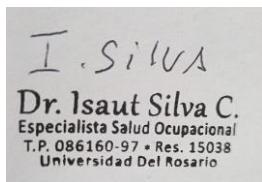
Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
<b>Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción</b>		
VISUAL	-	PPyP
NUTRICIÓN	-	PPyP
<b>Información de Remisiones</b>		
NUTRICION	-	

'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.'



ISAUT SILVA CASTAÑO

Médico Especialista en Salud Laboral

Res.15038 17/04/2024  
RM8616097



Milena Suarez

ERIKA MILENA SUAREZ RIAÑO

Firma y cédula del Paciente

1022994361