

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1023004798-67328

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 19 mar. 2025 - BOGOTA D.C
Paciente: NURY VIVIANA PEREZ HUERFANO
Género: FEMENINO **Edad:** 29
Fecha Nacimiento: 11/06/1995
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CR 6 # 100 A 52 SUR
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS
Misión/Contrato/ Centro de Costo: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

Tipo de Examen: PERIODICO
Identificación: 1023004798
Teléfono: Móvil: 3209989838
Cargo: GESTOR DOCUMENTAL
EPS: FAMISANAR
ARL: SURA
AFP: PORVENIR S.A.

AREA: OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO
VIOSIMETRIA	1. CONTROL VISUAL ANUAL 2. REALIZAR PAUTAS DE HIGIENE VISUAL 3. USO DE CORRECCION VISUAL PARA LABORAR.
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. SE REMIE A MEDICINA GENERAL DE EPS PARA ESTUDIO DE PATOLOGIA

CONCEPTO LABORAL

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES

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		
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 paraclinicos 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 paraclinicos 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 RM. 15794 Licencia 5.O RES 8869/2021		
Médico Especialista en Salud Laboral SONIA CAROLINA ROBBY BUITRAGO Res.8869 de 30/04/21 RM 15794		

Firma y cédula del Paciente
NURY VIVIANA PEREZ HUERFANO
1023004798