

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS  
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL  
Certificado de aptitud: 1023024889-66272

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y Lugar:** 21 feb. 2025 - BOGOTA D.C  
**Paciente:** WALTER ESTEBAN DE DIOS HUERFANO  
**Género**: MASCULINO **Edad:** 27  
**Fecha Nacimiento:** 14/10/1997  
**Estado Civil:** UNION LIBRE  
**Dirección**: CRA 4 B # 97 92  
**Escolaridad:** BACHILLERATO  
**Empresa**: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS  
**Misión/Contrato/ Centro de Costo:** TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

**Tipo de Examen:** INGRESO  
**Identificación:** 1023024889  
**Teléfono**: Móvil: 3228065211  
**Cargo:** CONDUCTOR  
**EPS:** SANITAS S.A.  
**ARL:** SURA  
**AFP:** PROTECCION S.A.

**AREA:** No Reporta

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA
OPTOMETRIA	1. PACIENTE CON BUENA CONDICION VISUAL, 2. CONTROL VISUAL ANUAL-
MEDICINA OCUPACIONAL	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.
PSICOSENSOMETRICO	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APROBADA

## CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.  
APTO PARA CONDUCIR

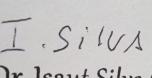
Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
<b>Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción</b>		
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.'

 <b>Dr. Isaut Silva C.</b> 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 WALTER ESTEBAN DE DIOS HUERFANO 1023024889