

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS

NIT: 900544245-7



CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 1023860726-67195

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 15 mar. 2025 - BOGOTA D.C
Paciente: SINNDY ALEJANDRA HERRERA ESCOBAR
Género FEMENINO **Edad:** 39
Fecha Nacimiento: 13/08/1985
Estado Civil: UNION LIBRE
Dirección CALLE 36 SUR # 3D-59
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1023860726
Teléfono Móvil: 3138310429
Cargo: CONDUCTOR
EPS: SANITAS S.A.
ARL: SURA
AFP: PORVENIR S.A.

AREA: OPERATIVA

Misión/Contrato/
Centro de Costo:

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|----------------------|---|
| AUDIOMETRIA | 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA |
| OPTOMETRIA | 1. CONTROL VISUAL ANUAL 2. CONTINUAR USO DE CORRECCION OPTICA PARA LABORAR.- ACTUALIZAR FORMULACION |
| MEDICINA OCUPACIONAL | USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, 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 NUTRICION EN EPS.SE SUGIERE VALORACION POR OPTOMETRIA DE EPS PARA ACTUALIZACION DE FORMULA OPTICA |
| PSICOSENSOMETRICO | PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APROBADA |

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.
APTO PARA CONDUCIR

Observaciones:

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|--|--|------------|
| NO | | |
| Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción | | |
| NUTRICIÓN | - | PPyP |
| VISUAL | - | PPyP |

Información de Remisiones

NUTRICION
OPTOMETRÍA

'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 paracéntricos 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 realizar los exámenes clínicos y paracéntricos 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. Alegna Clara Murillo Isaza
MEDICO CIRUJANO
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Escuela Medicina Jurídica Corporación
Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
c.c. No. 52.338.718 R.M 2536/00
L.S.O 26-2963 del 2013



Sinndy A. Herrera E.

Firma y cédula del Paciente
SINNDY ALEJANDRA HERRERA ESCOBAR
1023860726

Médico Especialista en Salud Laboral
ALEGNA CLARA MURILLO ISAZA
Res. 25-00720-2023 RM2536/2000