

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS  
NIT: 900544245-7



**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL**  
Certificado de aptitud: 1030646254-63353

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y Lugar:** 30 nov. 2024 - BOGOTA D.C  
**Paciente:** LEIDY XIOMARA BARBOSA RIVERA  
**Género** FEMENINO **Edad:** 30  
**Fecha Nacimiento:** 19/10/1994  
**Estado Civil:** SOLTERO(A)  
**Dirección** CALLE 81 # 88C-48 SUR  
**Escolaridad:** TECNOLÓGICO  
**Empresa** TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS  
**Misión/Contrato/**  
**Centro de Costo:** TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

**Tipo de Examen:** INGRESO  
**Identificación:** 1030646254  
**Teléfono** Móvil: 3112375117  
**Cargo:** AUXILIAR CONTABLE  
**EPS:** EPS SURA  
**ARL:** SURA  
**AFP:** PORVENIR S.A.

### AREA: OPERATIVA

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO
VIOSIOMETRIA	1. CONTROL VISUAL ANUAL 2. REALIZAR PAUTAS DE HIGIENE VISUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN 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, REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN MEDIANA, CONTROL CON EPS.

## CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.

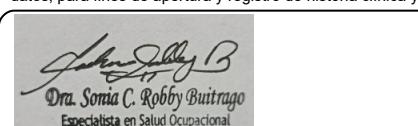
Observaciones: SE REMITE A MEDICINA GENERAL DE LA EPS PARA CONTROL DE PESO

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



Médico Especialista en Salud Laboral  
SONIA CAROLINA ROBBY BUITRAGO  
Res.8869 de 30/04/21 RM 15794



*Robby Buitrago*

Firma y cédula del Paciente  
LEIDY XIOMARA BARBOSA RIVERA  
1030646254