

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS

NIT: 900544245-7



## CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 1032375398-68479

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y Lugar:** 22 abr. 2025 - BOGOTA D.C  
**Paciente:** LUIS ANDRES JAMAICA NEIRA  
**Género** MASCULINO **Edad:** 38  
**Fecha Nacimiento:** 02/11/1986  
**Estado Civil:** UNION LIBRE  
**Dirección** CRA 53 B # 4 A 46  
**Escolaridad:** TÉCNICO  
**Empresa** TRANSPORTE SAFE SAS  
  
**Misión/Contrato/** TRANSPORTE SAFE SAS  
**Centro de Costo:**

**Tipo de Examen:** INGRESO  
**Identificación:** 1032375398  
**Teléfono** 0 **Móvil:** 3138413814  
**Cargo:** OPERADOR DE RUTA  
**EPS:** SANITAS S.A.  
**ARL:** SURA  
**AFP:** PORVENIR S.A.

### AREA: OPERATIVA

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. SUSPENSIÓN DE CUALQUIER ELEMENTO EXTRAÑO PARA LA LIMPIEZA AUDITIVA
OPTOMETRIA	1. CONTROL VISUAL EN 1 AÑO 2. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 3. SE SUGIERE USO DE LENTES CON FILTROS DE PROTECCION.
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.
PERFIL LIPIDICO	NORMAL
GLICEMIA BASAL	NORMAL
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>		
NO		
<b>Información de Remisiones</b>		
NO		

'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.'

I. Silva  
Dr. Isaut Silva C.  
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



*Luis Andres Jamaica Neira*

Firma y cédula del Paciente  
LUIS ANDRES JAMAICA NEIRA  
1032375398