

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1032480585-67944

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 03 abr. 2025 - BOGOTA D.C
Paciente: KATHERIN STEFANY LOPEZ NIETO
Género: FEMENINO **Edad:** 28
Fecha Nacimiento: 13/04/1996
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CALLE 14 # 119A -70
Escolaridad: TECNOLÓGICO
Empresa: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS
Misión/Contrato/ Centro de Costo: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1032480585
Teléfono: Móvil: 3102419110
Cargo: COORDINADOR OPERATIVO
EPS: SANITAS S.A.
ARL: SURA
AFP: COLFONDOS

AREA: OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

OPTOMETRÍA: 1. CONTROL VISUAL ANUAL 2. REALIZAR PAUSAS VISUALES 3. USO DE CORRECCIÓN VISUAL PARA LABORAR.

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.

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.

Observaciones:

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

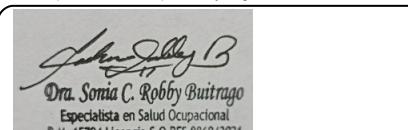
Información de Remisiones

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 paracológicos 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 paracológicos 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



Katherin Lopez

Firma y cédula del Paciente
KATHERIN STEFANY LOPEZ NIETO
1032480585