

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1033781388-67333

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	19 mar. 2025 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	JUAN SEBASTIAN PUENTES APARICIO	Identificación:	1033781388
Género:	MASCULINO Edad: 29	Teléfono:	Móvil: 3195906903
Fecha Nacimiento:	17/10/1995	Cargo:	COORDINADOR DE MANTENIMIENTO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección:	CL 95 71 39	ARL:	SURA
Escolaridad:	TÉCNICO	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS -		

AREA: OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. SUSPENSIÓN DE HISOPOS PARA LA LIMPIEZA AUDITIVA
VISIOMETRIA	1. CONTROL VISUAL ANUAL 2. REALIZAR PAUTAS DE HIGIENE VISUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

CONCEPTO LABORAL

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

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 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.'

Dra. Alegna Clara Murillo Isaza
MÉDICO CIRUJANO
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Escuela Medicina Juarez, Corporación
Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
c.c. No. 52.338.716 R.M. 2536/00
I.S.O 20-2163 del 2013

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



Firma y cédula del Paciente
JUAN SEBASTIAN PUENTES APARICIO
1033781388