

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS  
NIT: 900544245-7



**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL**  
Certificado de aptitud: 1049609713-73777

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	05 sept. 2025 - BOGOTA D.C	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO
<b>Paciente:</b>	YOMAIRA BUITRAGO RODRIGUEZ	<b>Identificación:</b>	1049609713
<b>Género:</b>	FEMENINO <b>Edad:</b> 37	<b>Teléfono:</b>	<b>Móvil:</b> 31445587958
<b>Fecha Nacimiento:</b>	16/09/1987	<b>Cargo:</b>	AUXILIAR CONTABLE
<b>Estado Civil:</b>	CASADO(A)	<b>EPS:</b>	SANITAS S.A.
<b>Dirección:</b>	CRA 79B #46SUR -52	<b>ARL:</b>	SURA
<b>Escolaridad:</b>	TECNOLÓGICO	<b>AFP:</b>	COLPENSIONES
<b>Empresa:</b>	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS		
<b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b>	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS		

**AREA: OPERATIVA**

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>AUDIOMETRIA</b>	1. CONTROL ANUAL 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO
<b>VISIOMETRIA</b>	1. USO DE CORRECCION VISUAL PARA LABORAR. 2. CONTROL VISUAL ANUAL 3. REALIZAR PAUSAS VISUALES
<b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>	USO DE ANTEOJOS PERMANENTES, 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.

## 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		PPyP
NUTRICIÓN	-	PPyP

## Información de Remisiones

NUTRICION

'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



Yomaira Buitrago R

Firma y cédula del Paciente  
YOMAIRA BUITRAGO RODRIGUEZ  
1049609713