

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS  
NIT: 900544245-7



## EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 1152697095-67193

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y Lugar:** 15 mar. 2025 - BOGOTA D.C  
**Paciente:** JHOVAN ALEXIS CARVAJAL ORREGO  
**Género**: MASCULINO **Edad:** 30  
**Fecha Nacimiento:** 6/11/1994  
**Estado Civil:** SOLTERO(A)  
**Dirección**: CL 67 B SUR 13 60  
**Escolaridad:** BACHILLERATO  
**Empresa**: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

**Tipo de Examen:** INGRESO  
**Identificación:** 1152697095  
**Teléfono**: Móvil: 3117284844  
**Cargo:** CONDUCTOR  
**EPS:** COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD  
**ARL:** SURA  
**AFP:** PORVENIR S.A.

#### AREA: OPERATIVA

**Misión/Contrato/**  
**Centro de Costo:**

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

**AUDIOMETRIA**: 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA

**OPTOMETRIA**: 1. CONTROL VISUAL ANUAL 2. USO DE EPP Y VISUAL 3. CONTINUAR USO DE CORRECCION OPTICA PARA LABORAR.

**MEDICINA OCUPACIONAL**: PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE.

**PSICOSENSOMETRICO**: PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APROBADA

### CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.

APTO PARA CONDUCIR

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
---------------------	------------------------------------------	------------

NO

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

VISUAL PPpP

### 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 realizarme 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.'

Dra. Alejandra Clara Murillo Isaza  
MEDICO CIRUJANO  
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL  
Escuela Medico Juarez Corporacion  
Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca  
c.c No. 52-338-715 R.M 2536/00  
L.S.O 28-2963 del 2013

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



Firma y cédula del Paciente  
JHOVAN ALEXIS CARVAJAL ORREGO  
1152697095