

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS

NIT: 900544245-7



## CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 1233510716-66847

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y Lugar:** 08 mar. 2025 - BOGOTA D.C  
**Paciente:** EDISON MATEO VASQUEZ CASTRO  
**Género** MASCULINO **Edad:** 25  
**Fecha Nacimiento:** 09/09/1999  
**Estado Civil:** UNION LIBRE  
**Dirección** CL 8 A 90 A 68  
**Escolaridad:** BACHILLERATO  
**Empresa** TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS  
**Misión/Contrato/ Centro de Costo:** TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

**Tipo de Examen:** PERIODICO  
**Identificación:** 1233510716  
**Teléfono** Móvil: 3138617820  
**Cargo:** CONDUCTOR  
**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. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA
OPTOMETRIA	1, USO DE CORRECCION VISUAL PARA LABORAR CON FILTROS DE PROTECCION AR Y UV 2. CONTROL EN 1 AÑO
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION 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.
PSICOSENSOMETRICO	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APROBADA

## CONCEPTO LABORAL

### EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO APTO PARA CONDUCCION

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
<b>Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción</b>		
VISUAL	-	PPyP
NUTRICIÓN	-	PPyP

## 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  
MEDICO CIRUJANO  
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL  
Escuela Medica Juan N. Corpas  
Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca  
c.c No. 52-338-718 R.M. 2536/00  
L.S.O. 26-2963 del 2013



Firma y cédula del Paciente  
EDISON MATEO VASQUEZ CASTRO  
1233510716

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