

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 19215476-66844

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	08 mar. 2025 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	JOSE ISIDRO JOSE ISIDRO SORA	Identificación:	19475424
Género	MASCULINO Edad 63	Teléfono	NO REPORTA Móvil: 3105803932
Fecha Nacimiento:	30/05/1953	Cargo:	CONDUCTOR
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	FAMISANAR – CAFAM CAJA DE COM
Dirección	DRA 160 133- 22	ARL:	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	COLPENSIONES
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. DESCENSO BILATERAL QUE NO AFECTA SU LABOR
OPTOMETRIA	1. CONTROL VISUAL EN 1 AÑO 2. USO DE LENTES PARA VISION CERCANA.
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., IMPORTANTE HACER ÉNFASIS EN HIGIENE POSTURAL Y FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA DE ESPALDA Y ABDÓMEN
PSICOSENSOMETRICO	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA REPROBADA

CONCEPTO LABORAL

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO
APTO PARA CONDUCCION

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

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

VISUAL

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 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. Sonia C. Robby Buitrago
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 15794 Licencia S.O RES 8869/2021

Médico Especialista en Salud Laboral
SONIA CAROLINA ROBBY BUITRAGO
Res.8869 de 30/04/21 RM 15794



Firma y cédula del Paciente
PABLO ENRIQUE CASTAÑEDA NIETO
19215476