

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS

NIT: 900544245-7



CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 20859646-71264

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 09 jul. 2025 - BOGOTA D.C
Paciente: MARIA NIDIA RIOS PUENTES
Género FEMENINO **Edad:** 52
Fecha Nacimiento: 6/06/1973
Estado Civil: SEPARADO
Dirección CRA 92 # 8 C 36
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

Misión/Contrato/ TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS
Centro de Costo:

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 20859646
Teléfono 0 **Móvil:** 3103004874
Cargo: CONDUCTOR (A)
EPS: EPS SURA
ARL: SURA
AFP: COLPENSIONES

AREA: OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA 4. SUSPENSIÓN DE HISOPOS PARA LA LIMPIEZA AUDITIVA
VIOSIOMETRIA	1.USO RX DE OPTICA PARA ACTIVIDADES EN VISION PROXIMA 2. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS.
MEDICINA OCUPACIONAL	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, CONTROL POR PROGRAMA DE CRONICOS EN LA EPS.
PSICOSENSOMETRICO	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APROBADA

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.
APTO PARA CONDUCIR

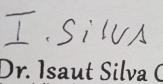
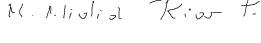
Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
	Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción	
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.'

 Dr. Isaut Silva C. Especialista Salud Ocupacional T.P. 086160-97 • Res. 15038 Universidad Del Rosario		 Firma y cédula del Paciente MARIA NIDIA RIOS PUENTES 20859646
Médico Especialista en Salud Laboral ISAUT SILVA CASTAÑO Res.15038 17/04/2024 RM8616097		