

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



CONDUCTORES

Tipo de Examen: PERIODICO
Certificado de aptitud: 51605682-77565

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS
Actividad Económica:

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

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	06 dic. 2025 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	Identificación:	51605682
Paciente:	GLORIA CECILIA OBANDO BAUTISTA	Teléfono	0 Móvil: 3103399242
Género	FEMENINO Edad: 64	EPS:	FAMISANAR
Fecha Nacimiento:	7/07/1961	ARL:	SURA
Estado Civil:	UNION LIBRE	AFP:	PORVENIR S.A.
Escolaridad:	TÉCNICO	Cargo:	CONDUCTOR
Área: OPERATIVA			
Correo Electrónico:	glocarxipi@gmail.com		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. REALIZAR PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE AUDIOMETRIA TONAL POR OTORRINOLARINGOLOGO EN LA EPS 4. DESCENSO UNILATERAL 5. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA 3. AUDIOMETRIA SIN PROTESIS AUDITIVA
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, PAUTAS DE HIGIENE VISUAL, USO DE SU CORRECCION PARA VC
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.
PERFIL LIPIDICO	NORMAL
PSICOSENSOMETRICO	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APROBADA

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
AUDITIVO	-	SVE
NUTRICIÓN	-	SVE


Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA

'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





MEDICO ESPECIALISTA S.O.
SONIA CAROLINA ROBBY BUITRAGO
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 42080149
RM 15794 - Res.8869 de 30/04/21

Firma y cédula del Paciente
GLORIA CECILIA OBANDO BAUTISTA
51605682