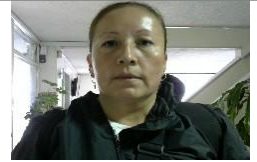


CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 52766062-61642

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	19 oct. 2025 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	GLORIA STELLA RIOS PUENTES	Identificación:	52766062
Género	FEMENINO Edad: 45	Teléfono	0 Móvil: 3114533406
Fecha Nacimiento:	14/03/1979	Cargo:	CONDUCTOR
Estado Civil:	UNION LIBRE	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección	CL 9 # 80 C 20	ARL:	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	1. CONTROL VISUAL ANUAL 2. SE SUGIERE USO DE GAFAS 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., REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN MEDIANA, CONTROL CON EPS.
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

NO

Información de Remisiones

MÉDICINA GENERAL EPS

'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



Gloria Rios

Firma y cédula del Paciente
GLORIA STELLA RIOS PUENTES
52766062