

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS  
NIT: 900544245-7



## CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 79382651-67194

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y Lugar:** 15 mar. 2025 - BOGOTA D.C  
**Paciente:** MARIO ERNESTO RINCON SIMBAQUEBA  
**Género**: MASCULINO **Edad:** 58  
**Fecha Nacimiento:** 21/05/1966  
**Estado Civil:** CASADO(A)  
**Dirección**: CR 5 D # 48 H 54 SUR  
**Escolaridad:** BACHILLERATO  
**Empresa**: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

**Tipo de Examen:** INGRESO  
**Identificación:** 79382651  
**Teléfono**: Móvil: 3124026175  
**Cargo:** CONDUCTOR  
**EPS:** SALUD TOTAL S.A. EPS ARS  
**ARL:** SURA  
**AFP:** COLPENSIONES

**AREA: OPERATIVA**

**Misión/Contrato/**  
**Centro de Costo:**

## 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
OPTOMETRIA	1. CONTROL VISUAL ANUAL 2. USO DE EPP Y VISUAL 3. CONTINUAR USO DE CORRECCION OPTICA PARA LABORAR.
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, IMPORTANTE HACER ÉNFASIS EN HIGIENE POSTURAL Y FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA DE ESPALDA Y ABDÓMEN
PSICOSENSOMETRICO	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APROBADA

## CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.  
APTO PARA CONDUCIR

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
OSTEOMUSCULAR	-	PPyP

## Información de Remisiones

ORTOPEDIA  
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.'

Sandra Patricia Bejarano Ruge  
Medico esp. Salud ocupacional  
Resol.2181/2020

Médico Especialista en Salud Laboral  
SANDRA PATRICIA BEJARANO RUGE  
Res.S.O. 2181 120320 RM 682791



Firma y cédula del Paciente  
MARIO ERNESTO RINCON SIMBAQUEBA  
79382651