

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 79468386-67189

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 15 mar. 2025 - BOGOTA D.C
Paciente: JAVIER ORLANDO CLAVIJO GARCIA
Género MASCULINO **Edad:** 56
Fecha Nacimiento: 9/07/1968
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección TV 96 D 20 D 70 CASA 129
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 79468386
Teléfono Móvil: 3202554950
Cargo: CONDUCTOR
EPS: FAMISANAR
ARL: SURA
AFP: PORVENIR S.A.

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, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA. |
| 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 | | |
| NUTRICIÓN | - | PPyP |
| VISUAL | - | PPyP |

Información de Remisiones

NUTRICION

'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 paracéntricos 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 paracéntricos 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
JAVIER ORLANDO CLAVIJO GARCIA
79468386