

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 - BOGOTÁ D.C.	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	JAVIER ORLANDO CLAVIJO GARCIA	Identificación:	79468386
Género	MASCULINO Edad: 56	Teléfono	Móvil: 3202554950
Fecha Nacimiento:	9/07/1968	Cargo:	CONDUCTOR
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección	TV 96 D 20 D 70 CASA 129	ARL:	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA		

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 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.'



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