

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 79556943-67196

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	15 mar. 2025 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	RAUL ORLANDO GOMEZ GOMEZ	Identificación:	79556943
Género	MASCULINO	Edad:	53
Fecha Nacimiento:	18/03/1972	Teléfono	Móvil: 3134285717
Estado Civil:	UNION LIBRE	Cargo:	CONDUCTOR
Dirección	CLL 4 # 41 B 84	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Escolaridad:	BACHILLER	ARL:	SURA
Empresa	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS	AFP:	COLPENSIONES
Misión/Contrato/ Centro de Costo:		AREA:	OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA 4. DESCENSO LEVE QUE NO AFECTA SU LABOR
OPTOMETRIA	1. CONTROL VISUAL ANUAL.2. REMISION A OPTOMETRIA POR LA EPS PARA FORMULACION DE LENTES 3. REALIZAR PAUTAS ACTIVAS
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. VALORACION CON OTORRINOLARINGOLOGIA .
PSICOSENSOMETRICO	PSICOSENSOMETRICA APROBADA

CONCEPTO LABORAL

APLAZADO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción		
NUTRICIÓN	-	PPyP
AUDITIVO	-	SVE
VISUAL	-	PPyP

Información de Remisiones

NUTRICION
OTORRINOLARINGOLOGIA
OPTOMETRÍA

'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 paracínicos 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 paracínicos 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
RAUL ORLANDO GOMEZ GOMEZ
79556943