

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS  
NIT: 900544245-7



**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL**  
Certificado de aptitud: 79556943-67196

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>AUDIOMETRIA</b>	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA 4. DESCENSO LEVE QUE NO AFECTA SU LABOR
<b>OPTOMETRIA</b>	1. CONTROL VISUAL ANUAL.2. REMISION A OPTOMETRIA POR LA EPS PARA FORMULACION DE LENTES 3. REALIZAR PAUTAS ACTIVAS
<b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>	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 OTORRINOLAGINGOLOGIA .
<b>PSICOSENSOMETRICO</b>	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 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  
RAUL ORLANDO GOMEZ GOMEZ  
79556943