

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: **INGRESO**
Certificado de aptitud: 79818903-78598

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: TRANSPORTE SAFE SAS
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: TRANSPORTE SAFE SAS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

| | | | |
|----------------------------|--|------------------------|--------------------------------------|
| Fecha y Lugar: | 19 ene. 2026 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL | Identificación: | 79818903 |
| Paciente: | ELKIN JOSE MEJIA PEREZ | Teléfono | 0 Móvil: 3106696755 |
| Género | MASCULINO Edad: 44 | EPS: | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD |
| Fecha Nacimiento: | 26/05/1981 | ARL: | SURA |
| Estado Civil: | UNION LIBRE | AFP: | PROTECCION S.A. |
| Escolaridad: | BACHILLERATO | Cargo: | OPERADOR FLOTA |
| Área: OPERATIVA | | | |
| Correo Electrónico: | elkinmejia.202414@gmail.com | | |

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

| | |
|-----------------------------|--|
| AUDIOMETRIA | 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA |
| OPTOMETRIA | 1. CAPACIDAD VISUAL ADECUADA PARA LA OCUPACIÓN. |
| MEDICINA OCUPACIONAL | PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA., CONTROL POR PROGRAMA DE CRONICOS EN LA EPS. |
| PERFIL LIPIDICO | NORMAL |
| GLICEMIA BASAL | NORMAL |

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NUTRICIÓN

PPyP

Información de Remisiones

NO

'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.'

I. Silva
Dr. Isaut Silva C.
Especialista Salud Ocupacional
T.P. 086160-97 - Res. 15038
Universidad Del Rosario



Elkin Mejia

Firma y cédula del Paciente
ELKIN JOSE MEJIA PEREZ
79818903

MEDICO ESPECIALISTA S.O.
ISAUT SILVA CASTAÑO
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 94314889
RM8616097 - Res.15038 17/04/2024