

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS

NIT: 900544245-7



CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 79827060-67188

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 15 mar. 2025 - BOGOTA D.C
Paciente: DIEGO ALBERTO RAMIREZ BENAVIDEZ
Género MASCULINO **Edad:** 50
Fecha Nacimiento: 10/02/1975
Estado Civil: CASADO(A) CRA3 # 30-220
Dirección TECNOLÓGICO
Escolaridad: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA
Empresa SAS

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 79827060
Teléfono Móvil: 3505640767
Cargo: CONDUCTOR
EPS: SANITAS S.A.
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. SUSPENSIÓN DE HISOPOS PARA LA LIMPIEZA AUDITIVA 4. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA
OPTOMETRIA	1. CONTROL VISUAL ANUAL 2. USO DE EPP Y VISUAL 3. CONTINUAR USO DE CORRECCION OPTICA PARA LABORAR.-ACTUALIZAR FORMULA
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		
VISUAL	-	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 realizar 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.'

Sandra Patricia Bejarano Ruge
Médico 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
DIEGO ALBERTO RAMIREZ BENAVIDEZ
79827060