

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



CONDUCTORES

Tipo de Examen: **INGRESO**

Certificado de aptitud: **79895527-80559**

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	09 mar. 2026 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	Identificación:	79895527
Paciente:	LEONARDO FABIO POVEDA BERNAL	Teléfono	0 Móvil: 3192661120
Género	MASCULINO Edad: 48	EPS:	FAMISANAR
Fecha Nacimiento:	20/12/1977	ARL:	SURA
Estado Civil:	UNION LIBRE	AFP:	COLPENSIONES
Escolaridad:	TÉCNICO	Cargo:	CONDUCTOR
Área: OPERATIVA			
Correo Electrónico:	leonardopoveda31@gmail.com		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

AUDIOMETRIA	1. REALIZAR LIMPIEZA AUDITIVA DEL OÍDO CON UNA TOALLA LEVEMENTE HÚMEDA Y NO INTRODUCIR OBJETOS AL CANAL AUDITIVO 2.CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA, 3. UMBRALES AUDITIVOS DENTRO DE LIMITES NORMALES PARA EL CARGO EVALUADO
VISIOMETRIA	1. AGUDEZA VISUAL ADECUADA PARA LA OCUPACIÓN 2. SE RECOMIENDA CORRECCIÓN OPTICA PARA CERCA- LECTURA Y ESCRITURA.
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, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS. VALORACION POR UROLOGIA EN LA EPS.
PERFIL LIPIDICO	NORMAL
PSICOSENSOMETRICO	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APROBADA
ELECTROCARDIOGRAMA	SIN ALTERACIONES

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

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.'

I. Silva

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



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'L. Fabio Poveda Bernal'.

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

Firma y cédula del Paciente
LEONARDO FABIO POVEDA BERNAL
79895527