

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 80062146-67177

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	15 mar. 2025 - BOGOTÁ D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	OSCAR MAURICIO FONSECA VARGAS	Identificación:	80062146
Género:	MASCULINO Edad: 46	Teléfono:	Móvil: 3103360008
Fecha Nacimiento:	9/03/1979	Cargo:	CONDUCTOR
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección:	CALLE 65 A # 68B-52	ARL:	SURA
Escolaridad:	TÉCNICO	AFP:	COLPENSIONES
Empresa:	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS		
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
OPTOMETRIA	1. CONTROL VISUAL ANUAL 2. USO DE EPP Y VISUAL 3. CONTINUAR USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE PARA LABORAR.
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., REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA
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 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.'

Dra. Alegna Clara Murillo Isaza
MÉDICO CIRUJANO
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Escuela Medicina Juan C. Corpas
Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
c.c. No. 52.338.718 del 14/03/00
C.O. 25-00720 del 2023

Médico Especialista en Salud Laboral
ALEGNA CLARA MURILLO ISAZA
Res. 25-00720-2023 RM2536/2000



Firma y cédula del Paciente
OSCAR MAURICIO FONSECA VARGAS
80062146