

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS

NIT: 900544245-7



CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 80089036-67585

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 26 mar. 2025 - BOGOTA D.C
Paciente: JUAN RICARDO DIONISIO BELTRAN
Género MASCULINO **Edad:** 43
Fecha Nacimiento: 24/06/1981
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección CLL 133 IS # 95 A16
Escolaridad: TECNOLÓGICO
Empresa TRANSPORTE SAFE SAS
Misión/Contrato/
Centro de Costo: TRANSPORTE SAFE SAS

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 80089036
Teléfono Móvil: 3223046840
Cargo: CONDUCTOR
EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
ARL: SURA
AFP: PROTECCION S.A.

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA 4. SUSPENSIÓN DE HISOPOS PARA LA LIMPIEZA AUDITIVA
OPTOMETRIA	1. PACIENTE CON BUENA CONDICION VISUAL- VISION BINOCULAR NORMAL 2. CONTROL VISUAL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
PERFIL LIPIDICO	NORMAL
GLICEMIA BASAL	NORMAL
PSICOSENSOMETRICO	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APROBADA

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.
APTO PARA CONDUCIR

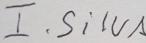
Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción		
NO		
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 paracológicos 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 paracológicos 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.'

 Dr. Isaut Silva C. Especialista Salud Ocupacional T.P. 086160-97 • Res. 15038 Universidad Del Rosario		
Médico Especialista en Salud Laboral ISAUT SILVA CASTAÑO Res.15038 17/04/2024 RM8616097		Firma y cédula del Paciente JUAN RICARDO DIONISIO BELTRAN 80089036