

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	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	JUAN RICARDO DIONISIO BELTRAN	Identificación:	80089036
Género:	MASCULINO Edad: 43	Teléfono:	Móvil: 3223046840
Fecha Nacimiento:	24/06/1981	Cargo:	CONDUCTOR
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	CLL 133 IS # 95 A16	ARL:	SURA
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	AFP:	PROTECCION S.A.
Empresa:	TRANSPORTE SAFE SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	TRANSPORTE SAFE SAS		

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 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

Médico Especialista en Salud Laboral
ISAUT SILVA CASTAÑO
Res.15038 17/04/2024 RM8616097



Firma y cédula del Paciente
JUAN RICARDO DIONISIO BELTRAN
80089036