

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



CONDUCTORES
Certificado de aptitud: 80358331-70756

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 27 jun. 2025 - BOGOTA D.C
Paciente: JOSE DANIEL BRAND ROSAS
Género MASCULINO **Edad:** 39
Fecha Nacimiento: 28/07/1985
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CALLE 140 A NO. 118 -20
Escolaridad: TÉCNICO
Empresa TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS
Misión/Contrato/ Centro de Costo: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 80358331
Teléfono 0 **Móvil:** 3332459595
Cargo: CONDUCTOR
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
ARL: SURA
AFP: COLFONDOS

AREA: OPERATIVA

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
VIOSIOMETRIA	1. PACIENTE CON BUENA CONDICION VISUAL, 2. CONTROL VISUAL ANUAL 3. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS.
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, VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL Y NUTRICION EN EPS (LLEVAR RESULTADOS DE LABORATORIO).
PERFIL LIPIDICO	NORMAL ELEVADO
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		
NUTRICIÓN	-	SVE
Información de Remisiones		
NUTRICION MÉDICINA GENERAL EPS		

'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, dedaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paracínicos 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 paracínicos 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. Sonia C. Robby Buitrago Especialista en Salud Ocupacional I.M. 15794 Licencia S.O RES 8869/2021		 Firma y cédula del Paciente JOSE DANIEL BRAND ROSAS 80358331
--	--	--