

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS  
NIT: 900544245-7



**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL**  
Certificado de aptitud: 80384106-64037

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	19 dic. 2024 - BOGOTA D.C	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO
<b>Paciente:</b>	JOSE MANUEL RIAÑO AGUILAR	<b>Identificación:</b>	80384106
<b>Género:</b>	MASCULINO <b>Edad:</b> 54	<b>Teléfono</b>	<b>Móvil:</b> 3144358760
<b>Fecha Nacimiento:</b>	21/12/1970	<b>Cargo:</b>	COORDINADOR DE OPERACIONES
<b>Estado Civil:</b>	SOLTERO(A)	<b>EPS:</b>	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
<b>Dirección</b>	CALLE 10 # 6A-23	<b>ARL:</b>	SURA
<b>Escolaridad:</b>	BACHILLERATO	<b>AFP:</b>	PROTECCION S.A.
<b>Empresa</b>	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS		
<b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b>	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS		

**AREA: OPERATIVA**

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>AUDIOMETRIA</b>	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO
<b>OPTOMETRIA</b>	1. REALIZAR PAUSAS VISUALES 2. VALORACION POR OPTOMETRIA Y USO DE CORRECCION OPTICA PARA VISION CERCANA 3. CONTROL VISUAL EN 1 AÑO.
<b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>	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 NUTRICION EN EPS., CONTROL POR PROGRAMA DE CRONICOS EN LA EPS.

## CONCEPTO LABORAL

**APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.**

Observaciones: SE REMITE A OPTOMETRIA PARA FORMULACION DE GAFAS Y A MEDICINA GENERAL PARA CONTROL DE PESO

### Tipo de Restricción

### Condiciones, Factores, Agentes Asociados

### Permanente

NO

## Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

CARDIOVASCULAR	-	SVE
NUTRICIÓN	-	SVE
VISUAL	-	SVE

## Información de Remisiones

MÉDICA GENERAL EPS  
OPTOMETRÍA

'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. Sonia C. Robby Buitrago**  
Especialista en Salud Ocupacional  
R.M. 15794 Licencia S.O RES 8869/2021

Médico Especialista en Salud Laboral  
SONIA CAROLINA ROBBY BUITRAGO  
Res.8869 de 30/04/21 RM 15794



Firma y cédula del Paciente  
JOSE MANUEL RIAÑO AGUILAR  
80384106