

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 80437774-67173

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 15 mar. 2025 - BOGOTA D.C
Paciente: MANUEL ALEJANDRO ROSAS ROMERO
Género: MASCULINO **Edad:** 55
Fecha Nacimiento: 25/03/1970
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: CRA 87 # 74B-38
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS
Misión/Contrato/
Centro de Costo:

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 80437774
Teléfono: Móvil: 3184860227
Cargo: CONDUCTOR
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
ARL: SURA
AFP: PORVENIR S.A.
AREA: OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRÍA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA
OPTOMETRÍA	1. CONTROL VISUAL ANUAL 2. USO DE EPP Y VISUAL 3. USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE PARA LABORAR.- ACTUALIZAR FORMULACION
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 NUTRICION EN EPS.
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	-	PPyP
VISUAL	-	PPyP

Información de Remisiones

NUTRICIÓN
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 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 realizarme 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.'



Médico Especialista en Salud Laboral
SANDRA PATRICIA BEJARANO RUGE
Res.S.O. 2181 120320 RM 682791



Firma y cédula del Paciente
MANUEL ALEJANDRO ROSAS ROMERO
80437774