

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS

NIT: 900544245-7



CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 80763434-66850

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 08 mar. 2025 - BOGOTA D.C
Paciente: GIVER ALEXIS REINA PARDO
Género MASCULINO **Edad:** 41
Fecha Nacimiento: 24/05/1983
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CRA 3A NO. 48 R - 84
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS
Misión/Contrato/
Centro de Costo: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

Tipo de Examen: PERIODICO
Identificación: 80763434
Teléfono 0 **Móvil:** 3123521930
Cargo: CONDUCTOR
EPS: SANITAS S.A.
ARL: SURA
AFP: PORVENIR S.A.

AREA: OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA

OPTOMETRIA 1. PACIENTE CON BUENA CONDICION VISUAL- VISION BINOCULAR NORMAL 2. CONTROL VISUAL ANUAL

MEDICINA OCUPACIONAL PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.

PSICOSENSOMETRICO PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APROBADA CON DEFICIENCIA EN LA PRUEBA DE REACCION DE FRENADO

CONCEPTO LABORAL

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO APTO PARA CONDUCCION

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

AUDITIVO	-	PPyP
----------	---	------

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 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. Alegna Clara Murillo Isaza
MEDICO CIRUJANO
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Escuela Medicina Juvar, Córpos
Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
c.c. No. 52.338.718 R.M 2536/00
L.S.O 25-2963 del 2013

Médico Especialista en Salud Laboral
ALEGNA CLARA MURILLO ISAZA
Res. 25-00720-2023 RM2536/2000



Firma y cédula del Paciente
GIVER ALEXIS REINA PARDO
80763434