

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	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	GIVER ALEXIS REINA PARDO	Identificación:	80763434
Género:	MASCULINO Edad: 41	Teléfono:	0 Móvil: 3123521930
Fecha Nacimiento:	24/05/1983	Cargo:	CONDUCTOR
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección:	CRA 3A NO. 48 R - 84	ARL:	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS		

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 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. Alegna Clara Murillo Isaza
MEDICO CIRUJANO
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Escuela Medicina Juana C. Corpas
Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
c.c. No. 52.338.718 R.M. 2536/00
L.S. O 28-2963 del 2013

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



Giver Alexis Reina Pardo

Firma y cédula del Paciente
GIVER ALEXIS REINA PARDO
80763434