

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS  
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL  
Certificado de aptitud: 80843132-59421

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	20 ago. 2024 - BOGOTA D.C	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO
<b>Paciente:</b>	OSCAR JAVIER LOZANO PEDREROS	<b>Identificación:</b>	80843132
<b>Género:</b>	MASCULINO <b>Edad:</b> 39	<b>Teléfono</b>	<b>Móvil:</b> 3114688697
<b>Fecha Nacimiento:</b>	5/10/1984	<b>Cargo:</b>	COORDINADOR DE OPERACIONES
<b>Estado Civil:</b>	CASADO(A)	<b>EPS:</b>	SANITAS S.A.
<b>Dirección</b>	CRA 102 # 154-30	<b>ARL:</b>	SURA
<b>Escolaridad:</b>	UNIVERSITARIO	<b>AFP:</b>	PORVENIR S.A.
<b>Empresa</b>	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS	<b>AREA: OPERATIVA</b>	
<b>Empresa en Misión:</b>	TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS		

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>AUDIOMETRIA</b>	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. DESCENSO LEVE BILATERAL QUE NO AFECTA SU LABOR 4. FATIGA AUDITIVA
<b>VISIOMETRIA</b>	1. VALORACION POR OPTOMETRIA PARA FORMULACION DE LENTES 2. REALIZAR PAUSAS VISUALES 3.CONTROL ANUAL
<b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL

## CONCEPTO MEDICINA LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.

Observaciones:

**Tipo de Restricción**

**Condiciones, Factores, Agentes Asociados**

**Permanente**

NO

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

VISUAL

PPyP

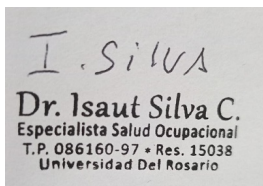
## Información de Remisiones

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.'



ISAUT SILVA CASTAÑO

Médico Especialista en Salud Laboral

OSCAR JAVIER LOZANO PEDREROS

80843132

Firma y cédula del Paciente

Res. 15038 17/04/2024  
RM8616097