

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 80859055-61178

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 07 oct. 2024 - BOGOTA D.C
Paciente: MARIO AUGUSTO ACEVEDO BERNAL
Género MASCULINO **Edad:** 38
Fecha Nacimiento: 31/10/1985
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección TRAV 13D # 46-83
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS
Misión/Contrato/
Centro de Costo: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 80859055
Teléfono Móvil: 3222440609
Cargo: CONDUCTOR
EPS: CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.
ARL: SURA
AFP: NO REPORTA

AREA: OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA 4. DESCENSO BILATERAL
OPTOMETRIA	1. VISION BINOCULAR NORMAL 2. CONTROLES PERIODICOS POR OPTOMETRIA
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

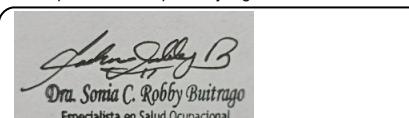
Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción		
AUDITIVO	-	PPyP
Información de Remisiones		
MÉDICINA GENERAL EPS		

'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.'



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



Firma y cédula del Paciente
MARIO AUGUSTO ACEVEDO BERNAL
80859055