

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: **INGRESO**
Certificado de aptitud: 80875848-80528

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	07 mar. 2026 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	Identificación:	80875848
Paciente:	MIGUEL EDUARDO BEJARANO CORTES	Teléfono	0 Móvil: 3028685921
Género	MASCULINO Edad: 40	EPS:	SANITAS S.A.
Fecha Nacimiento:	23/11/1985	ARL:	SURA
Estado Civil:	UNION LIBRE	AFP:	PORVENIR S.A.
Escolaridad:	BACHILLERATO	Cargo:	CONDUCTOR
Área: OPERATIVA			
Correo Electrónico:	glmi2317@gmail.com		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONducIR con la VENTANA CERRADA 4. AUDICIÓN NORMAL EN AMBOS OIDOS
VISIOMETRIA	1. AGUDEZA VISUAL ADECUADA PARA LA OCUPACIÓN, SE RECOMIENDA LENTES CON PROTECCIÓN UV.
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
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

Información de Remisiones

NUTRICION

'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.'

Dr. César Ariel Posada Almanza
Médico Cirujano U.N
Especialista en Salud Ocupacional
Res: 25 - 1016 del 30/11/2023



MEDICO ESPECIALISTA S.O.
CESAR ARIEL POSADA ALMANZA
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 79598467
RM79598467 - Res.25-1016/23

Firma y cédula del Paciente
MIGUEL EDUARDO BEJARANO CORTES
80875848