

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS

NIT: 900544245-7



CONDUCTORES

Certificado de aptitud: 87432190-59818

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|---------------------------|--------------------------------------|------------------------|--------------------------------------|
| Fecha y Lugar: | 31 ago. 2024 - BOGOTA D.C | Tipo de Examen: | PERIODICO |
| Paciente: | KIDERLE JAVIER CASTILLO ANGULO | Identificación: | 87432190 |
| Género | MASCULINO | Teléfono | 0 Móvil: 3156791288 |
| Fecha Nacimiento: | 13/03/1972 | Cargo: | CONDUCTOR |
| Estado Civil: | SOLTERO(A) | EPS: | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD |
| Dirección | KR 24 #22 C - 08 | ARL: | SURA |
| Escolaridad: | TÉCNICO | AFP: | COLPENSIONES |
| Empresa | TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS | AREA: | OPERATIVA |
| Empresa en Misión: | TRANSPORTES ESPECIALES NUEVA ERA SAS | | |

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|-----------------------------|--|
| AUDIOMETRIA | 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA 4. SUSPENSION DEL USO DE HISOPOS PARA LA LIMPIEZA AUDITIVA 5. FATIGA AUDITIVA UNILATERAL |
| VISSIOMETRIA | 1- USO DIARIO DE LENTES PARA VISION CERCANA 2. CONTROL VISUAL ANUAL |
| MEDICINA OCUPACIONAL | USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL |
| PSICOSENSOMETRICO | PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APROBADA |

CONCEPTO MEDICINA LABORAL

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO
APTO PARA CONDUCCION

Observaciones: IMC: 22.72 NORMAL

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|--|---|-------------------|
| NO | | |
| Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción | | |
| VISUAL | - | PPyP |
| AUDITIVO | - | PPyP |

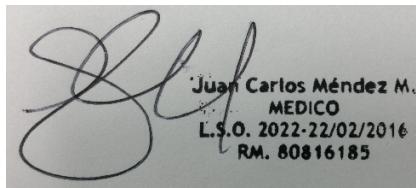
Información de Remisiones

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.'



JUAN CARLOS MENDEZ MARTINEZ

Médico Especialista en Salud Laboral

Res.2022 22/02/2016
RM80816185



KIDERLE JAVIER CASTILLO ANGULO

Firma y cédula del Paciente

87432190