

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 79605162-72971

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 16 ago. 2025 - BOGOTA D.C
Paciente: JOSE MIGUEL GALINDO BUITRAGO
Género MASCULINO **Edad:** 53
Fecha Nacimiento: 7/02/1972
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CLL 76 SUR # 78 F 55
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa PARTICULAR
Misión/Contrato/ PARTICULAR
Centro de Costo:

Tipo de Examen: PERIODICO
Identificación: 79605162
Teléfono 0 **Móvil:** 3138345027
Cargo: CONDUCTOR
EPS: FAMISANAR
ARL: SURA
AFP: COLPENSIONES

AREA: OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO 3. CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA
OPTOMETRIA	1.USO RX DE OPTICA PARA ACTIVIDADES EN VISION PROXIMA 2. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. 3. CONTROL EN 1 AÑO
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. ADAPTAR LENTES PARA VISION CERCANA
PSICOSENSOMETRICO	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APROBADA

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
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	
VISUAL		
PPyP		
Información de Remisiones		
OPTOMETRÍA		

'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

Médico Especialista en Salud Laboral
CESAR ARIEL POSADA ALMANZA
Res.25-1016/23 RM79598467



Res. 25 - 1016 del 30/11/2023

Firma y cédula del Paciente
JOSE MIGUEL GALINDO BUITRAGO
79605162