CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



PHENIX SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT: 900544245-7

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 1018462674-63933

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	05 enero 2026 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	CAROL ANDREA MARTINEZ FIGUEROA	**Identificación:**	1018462674
Género	FEMENINO **Edad:** 32	**Teléfono**	**Móvil:** 3115821220
Fecha Nacimiento:	10/10/1993	**Cargo:**	PROFESIONAL MEDIO AMBIENTE
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	TRANV. 76C BIS # 82-09	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	INDEPENDIENTE		
		AREA: OPERATIVA	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	INDEPENDIENTE		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
OPTOMETRIA	1. REALIZAR PAUSAS DE HIGIENE VISUAL 2. CONTROL ANUAL 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., DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS.
PERFIL LIPIDICO	NORMAL ELEVADO
GLICEMIA BASAL	NORMAL
HEMOGRAMA	NORMAL
CREATININA EN SUERO U ORINA	NORMAL
TRANSAMINASA TGO	NORMAL
TRANSAMINASA TGP	NORMAL
TEST DE RUFFIER	65+125+88-200/10 R: 7.8 BUENO
ELECTROCARDIOGRAMA	HALLAZGO QUE NO LIMITA LA ACTIVIDAD
TEST PSICOLOGICO	PRUEBA PSICOLOGICA APROBADA

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Observaciones: VALORACION POR MEDICO DE LA EPS (LLEVAR RESULTADOS DE LABORATORIOS)

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NUTRICIÓN		PPyP
VISUAL	-	PPyP

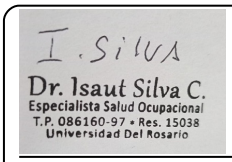
Información de Remisiones

NUTRICION
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
ISAUT SILVA CASTAÑO
Res.15038 17/04/2024 RM8616097

Firma y cédula del Paciente
CAROL ANDREA MARTINEZ FIGUEROA
1018462674