



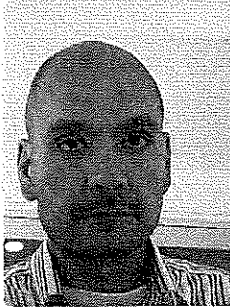
I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo RESOLUCIÓN 1567 DE 2023
CÓDIGO DE HABILITACIÓN SECRETARÍA DE SALUD DPTAL: 11 001 37 12 201



CERTIFICADO MEDICO LABORAL B255927

Sede de atención: BOGOTÁ :: Ciudad de atención: BOGOTÁ :: Fecha de atención: 2024-05-02 10:42 :: Fecha de impresión: 2024-05-03 (901806925)



Datos de la Empresa

RAZÓN SOCIAL:	CONSORCIO UNIDOS 24	TELEFONOS:	3213846613
DIRECCIÓN:	CARRERA 28 N. 86-26	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	901806925	Ciudad:	BOGOTÁ - BOGOTÁ
EMPRESA MISIÓN:	CONSORCIO UNIDOS 24		

Datos del Usuario

NOMBRE:	SAUL ORLANDO ARAGON SALINAS	IDENTIFICACION:	CC 80.051.031
DIRECCIÓN:	CR 12 D 11 23 SUR	EDAD:	43 AÑOS
CARGO:	CONDUCTOR	GÉNERO:	MASCULINO
DOMINANCIA:	DIESTRO	TELEFONOS:	3155885086
TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO	ESTADO CIVIL:	CASADO(A)

Servicios Realizados

Las recomendaciones medicas se definieron con base a los resultados de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL
• ÉNFASIS SEGURIDAD VIAL
CONSULTA DE FONOAUDILOGÍA PARA ADULTO
CONSULTA DE OPTOMETRIA
EXÁMENES DE APOYO PSICOLÓGICO
• EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA PARA CONDUCTORES

Conducta Medico Laboral para el Cargo

CONDICIONES ADECUADAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Conducta Médico para Énfasis Seguridad Vial

SE AUTORIZA PARA CONDUCIR (MOTO O CARRO, SEGÚN APLIQUE)

Vacunación COVID19

¿Esta vacunado para COVID19?

SI

Cantidad de Dosis Aplicadas

2 DOSIS

Marca de la Vacuna

ASTRAZENECA

Estilos de vida Saludables para el Usuario

- ☒ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.
- ☒ REALIZAR HIGIENE POSTURAL INTRA Y EXTRALABORAL.
- ☒ DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS.
- ☒ DIETA BAJA EN GRASAS
- ☒ MANTENER PESO SALUDABLE.
- ☒ REALIZAR ACTIVIDAD FISICA EN SU TIEMPO LIBRE.
- ☒ USO DE MEDIA ANTIVARICE.
- ☒ CONTINUAR MANEJO DE MEDICO TRATANTE DE EPS.
- ☒ ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EPS SEGÚN EDAD Y GENERO.

Recomendaciones Laborales

☒ NINGUNA

Temporalidad o Vigencia de Recomendaciones Laborales

NO APLICA

Restricciones Laborales

☒ NINGUNA

Temporalidad o Vigencia de Restricciones Laborales

NO APLICA

Consentimiento Informado y Autorización para Tratamiento de Datos Personales

Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL, a realizar en mi examen médico y/o paracénico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) Profesional de la Salud abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paracénico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paracénico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de los exámenes.

Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL para que suministre las personas o entidades contempladas en la misma legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos.