



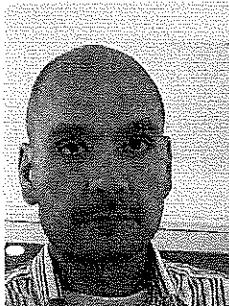
I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

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



CERTIFICADO MEDICO LABORAL B255927

Sede de atención: BOGOTA :: 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:	BOGOTA - BOGOTA
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 FONOAUDIOLOGÍA PARA ADULTO

CONSULTA DE OPTOMETRÍA

EXÁMENES DE APOYO PSICOLOGICO

- 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, SEGUN 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 paraclinico(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 paraclinico(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 paraclinico(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 realizará el(s) examen(es). Las respuestas dadas por mí en estos(examen(es)) están(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(examen(es)). Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos.