# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



**ZONAMEDICA MR SAS - IPS**
NIT: 900170994

**CONDUCCIÓN**
**Certificado de aptitud: 1026251328-834919**

**SEDE AUTOPISTA NORTE**

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 07 mar. 2025 - BOGOTA D.C | **Tipo de Examen:** | PRE-INGRESO |
| **Paciente:** | CARLOS ANDRES CHAVARRO ROJAS | **Identificación:** | 1026251328 |
| **Género** | MASCULINO **Edad:** 38 | **Teléfono** | **Móvil:** 3102294153 |
| **Fecha Nacimiento:** | 18/04/1986 | **Cargo:** | CONDUCTOR |
| **Estado Civil:** | UNIÓN LIBRE | **EPS:** | EPS SANITAS |
| **Dirección** | CARRERA 95 A # 133 A - 04 | **ARL:** | NO REPORTA |
| **Escolaridad:** | SECUNDARIA | **AFP:** | PROTECCION S.A. |
| **Empresa** | BELZCON SAS | **Peso: 82 Talla: 175 IMC: 26.78** | |
| | | **AREA: No Reporta** | |
| **Misión/Contrato/ Centro de Costo:** | BELZCON SAS | | |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|---|---|
| **PSICOSENSOMETRICO** | REALIZAR DE FORMA PERIÓDICA LA PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA O SEGÚN LO REQUIERA. |
| **AUDIOMETRÍA** | 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON VENTANA CERRADA |
| **ESPIROMETRÍA** | REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL. |
| **OPTOMETRÍA** | CONTROL ANUAL GAFAS PERMANENTES |
| **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL** | HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA. |
| **PERFIL LIPIDICO** | REALIZADO |
| **GLICEMIA** | REALIZADO |
| **ANEXO OSTEOMUSCULAR** | REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, REALIZACION DE ADECUADA HIGIENE POSTURAL |

## CONCEPTO LABORAL

**APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR**
**.APTO PARA .CONDUCIR.**

Observaciones:

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| NO | | |

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

NO

## Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO
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 he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y 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.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.
'

'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 he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.
De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y 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.
LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos
'

MD. Jorge Alberto Vargas Castro
R.M. 1354/12 - Especialista SST
Licencia 26 de 04/01/2022

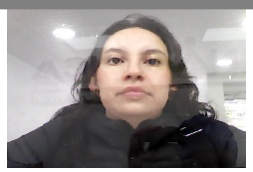
Médico Especialista en Salud Laboral
JORGE ALBERTO VARGAS CASTRO
R.M: 1354 Lic 26/2022



Firma y cédula del Paciente
CARLOS ANDRES CHAVARRO ROJAS
1026251328

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



**ZONAMEDICA MR SAS - IPS**
NIT: 900170994

**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL**
**Certificado de aptitud: 1049656174-882701**

**SEDE SOLEDAD**

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 12 jun. 2025 - BOGOTA D.C | **Tipo de Examen:** | PERIODICO |
| **Paciente:** | LIZETH NATALIA HERNANDEZ GOMEZ | **Identificación:** | 1049656174 |
| **Género** | FEMENINO **Edad:** 26 | **Teléfono** | NO REPORTA **Móvil:** 3123431766 |
| **Fecha Nacimiento:** | 1/2/1999 | **Cargo:** | RESIDENTE ADMINISTRATIVO |
| **Estado Civil:** | SOLTERO(A) | **EPS:** | NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud |
| **Dirección** | CALLE 78 F # 111 D 32 | **ARL:** | POSITIVA |
| **Escolaridad:** | PROFESIONAL | **AFP:** | PROTECCION S.A. |
| **Empresa** | BELZCON SAS | **Peso: 53 Talla: 146 IMC: 24.86** | |
| | | **AREA: No Reporta** | |
| **Misión/Contrato/ Centro de Costo:** | BELZCON SAS | | |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES

| | |
|---|---|
| **AUDIOMETRÍA** | 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO |
| **ESPIROMETRÍA** | REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL. |
| **OPTOMETRÍA** | CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA, USO DE CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE, REALIZAR PAUSAS DE HIGIENE VISUAL. |
| **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL** | HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. |
| **ANEXO OSTEOMUSCULAR** | USO DE EPP, SEGUIR RECOMENDACIONES ERGONOMÉTRICAS Y REALIZAR PAUSAS ACTIVAS |

## CONCEPTO LABORAL

**PERIODICO SIN RESTRICCI0NES**

Observaciones:

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| NO | | |

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

NO

## Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO
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 he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y 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.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.
'

'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 he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.
De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y 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.
LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos
'

ANGIE LIZETH VALENCIA
LIC No. 20324 de 14/11/2024

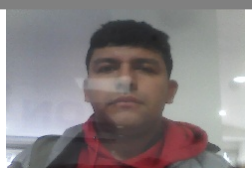
Médico Especialista en Salud Laboral
ANGIE LIZETH VALENCIA BETANCOURT
Lic 20324/2024



Firma y cédula del Paciente
LIZETH NATALIA HERNANDEZ GOMEZ
1049656174

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



**ZONAMEDICA MR SAS - IPS**
NIT: 900170994

**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL**
**Certificado de aptitud: 1023013499-885689**

**SEDE SOLEDAD**

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 18 jun. 2025 - BOGOTA D.C | **Tipo de Examen:** | PERIODICO |
| **Paciente:** | CRISTIAN CAMILO MALDONADO PEREZ | **Identificación:** | 1023013499 |
| **Género** | MASCULINO **Edad:** 29 | **Teléfono** | NA **Móvil:** 3114839492 |
| **Fecha Nacimiento:** | 6/6/1996 | **Cargo:** | INSPECTOR DE OBRA |
| **Estado Civil:** | SOLTERO(A) | **EPS:** | FAMISANAR |
| **Dirección** | CR 11 67 A 85 SUR | **ARL:** | SURA |
| **Escolaridad:** | POSTGRADO | **AFP:** | PORVENIR S.A. |
| **Empresa** | BELZCON SAS | **Peso: 91 Talla: 174 IMC: 30.06** | |
| | | **AREA: No Reporta** | |
| **Misión/Contrato/ Centro de Costo:** | CONSORCIO BELZCON MOVILIDAD S.A.S. | | |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES

| | |
|---|---|
| **AUDIOMETRÍA** | 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO |
| **ESPIROMETRÍA** | REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL. |
| **OPTOMETRÍA** | CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA, USO DE CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE, REALIZAR PAUSAS DE HIGIENE VISUAL. |
| **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL** | DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. |
| **ANEXO OSTEOMUSCULAR** | USO DE EPP, SEGUIR RECOMENDACIONES ERGONOMÉTRICAS Y REALIZAR PAUSAS ACTIVAS |

## CONCEPTO LABORAL

**PERIODICO SIN RESTRICCI0NES**

Observaciones: VALORACIÓN POR MEDICO GENERAL, NUTRICION EN EPS.

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| NO | | |

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

NO

## Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO
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 he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y 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.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.
'

'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 he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.
De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y 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.
LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos
'

ANGIE LIZETH VALENCIA
LIC No. 20324 de 14/11/2024

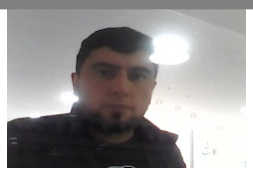
Médico Especialista en Salud Laboral
ANGIE LIZETH VALENCIA BETANCOURT
Lic 20324/2024



Firma y cédula del Paciente
CRISTIAN CAMILO MALDONADO PEREZ
1023013499

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



**ZONAMEDICA MR SAS - IPS**
NIT: 900170994

**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL**
**Certificado de aptitud: 1012423111-811908**

**SEDE AUTOPISTA NORTE**

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 15 ene. 2025 - BOGOTA D.C | **Tipo de Examen:** | PERIODICO |
| **Paciente:** | DAVID ORLANDO ORTIZ SABOGAL | **Identificación:** | 1012423111 |
| **Género** | MASCULINO **Edad:** 29 | **Teléfono** | NO REPORTA **Móvil:** 3208699193 |
| **Fecha Nacimiento:** | 24/06/1995 | **Cargo:** | INGENIERO RESIDENTE |
| **Estado Civil:** | SOLTERO(A) | **EPS:** | FAMISANAR |
| **Dirección** | KR 86 17 90 | **ARL:** | SURA |
| **Escolaridad:** | PROFESIONAL | **AFP:** | PORVENIR S.A. |
| **Empresa** | BELZCON SAS | **Peso: 84 Talla: 170 IMC: 29.07** | |
| | | **AREA: No Reporta** | |
| **Misión/Contrato/ Centro de Costo:** | BELZCON SAS | | |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|---|---|
| **AUDIOMETRÍA** | 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE HIGIENE Y CUIDADO AUDITIVO |
| **ESPIROMETRÍA** | REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL. |
| **OPTOMETRÍA** | SU CAPACIDAD VISUAL DE LEJOS SE ENCUENTRA DISMINUIDA, REQUIERE DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISION LEJANA. SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR EPS. CONTROL ANUAL |
| **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL** | HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA. |
| **ANEXO OSTEOMUSCULAR** | HIGIENE POSTURAL /ACTIVIDAD FISICA REGULAR/PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL SEGUN PROGRAMA DE LA EMPRESA /HABITOS DE VIDA SALUDABLE/CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE AUTOCUIDADO /USAR ELEMENTOS DE PROTECCION SEGÚN MATRIZ DE PELIGRO. |

## CONCEPTO LABORAL

**PERIODICO SIN RESTRICCI0NES**

Observaciones: CONTROL MEDICO EN ENTIDAD DE SALUD POR ANTECEDENTE DESCRITO

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| NO | | |

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

NO

## Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO
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 he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y 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.

LEY HABEAS DATA:
En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012 , autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.
'

'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 he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.
De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y 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.
LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos
'

SAYDA PABON R.
ESPECIALISTA S.O.
UNIVERSIDAD ROSARIO
25-1243-16

David Ortiz S.



Médico Especialista en Salud Laboral
SAYDA DALNIRA PABON RIVERA
- Lic 25-1243/ 2016

Firma y cédula del Paciente
DAVID ORLANDO ORTIZ SABOGAL
1012423111