

**JUAN SEBASTIAN SUAREZ FUQUENE**  
**c. No. 1.070.585.865 DE GIRARDOT**  
e-mail: [sebastianserauz@gmail.com](mailto:sebastianserauz@gmail.com)



**I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL**

Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo RESOLUCIÓN 1442 de 2024  
CÓDIGO DE HABILITACIÓN SECRETARÍA DE SALUD DPTAL: 25 307 02 95 301



**CERTIFICADO MEDICO LABORAL B308741**

Sede de atención: GIRARDOT :: Ciudad de atención: GIRARDOT :: Fecha de atención: 2025-04-02 09:09 :: Fecha de impresión: 2025-04-02 (1070623448)



**Datos de la Empresa**

|                 |                      |                |                       |
|-----------------|----------------------|----------------|-----------------------|
| RAZÓN SOCIAL:   | PARTICULARES EN SEDE | TELEFONOS:     | NO APLICA             |
| DIRECCIÓN:      | NO APLICA            | PROFESIOGRAMA: | No                    |
| NIT:            | 888888888            | Ciudad:        | NO APLICA - NO APLICA |
| EMPRESA MISIÓN: | PARTICULARES         |                |                       |

**Datos del Usuario**

|                 |                               |                 |                  |
|-----------------|-------------------------------|-----------------|------------------|
| NOMBRE:         | JUAN SEBASTIAN SUAREZ FUQUENE | IDENTIFICACION: | CC 1.070.585.865 |
| DIRECCIÓN:      | VEREDA BARZALOZA              | EDAD:           | 20 AÑOS          |
| CARGO:          | CONDUCTOR                     | GÉNERO:         | MASCULINO        |
| DOMINANCIA:     | DIESTRO                       | TELEFONOS:      | 3213962127       |
| TIPO DE EXAMEN: | PRE - INGRESO                 | ESTADO CIVIL:   | SOLTERO(A)       |

**Servicios Realizados**

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

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL BASICA | CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL |
|   | o ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR     |

**Conducta Medico Laboral para el Cargo**

CONDICIONES ADECUADAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

**Conducta Médico para Énfasis Osteomuscular** EVALUACIÓN SATISFACTORIA ASOCIADA AL ÉNFASIS

**Vacunación COVID19**

| ¿Esta vacunado para COVID19? | Cantidad de Dosis Aplicadas | Marca de la Vacuna |
|------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| Si                           | 2                           | NO RECUERDA        |

**Estilos de vida Saludables para el Usuario**

|                  |  |
|------------------|--|
| Cardiovascular   | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Adoptar una dieta baja en carbohidratos para favorecer un equilibrio nutricional saludable.</li><li>✓ Seguir una dieta baja en grasas para contribuir al mantenimiento de la salud cardiovascular.</li><li>✓ Mantener un peso saludable mediante la incorporación de hábitos alimenticios equilibrados y actividad física regular.</li><li>✓ Implementar una dieta alta en proteínas para apoyar la salud muscular y general.</li><li>✓ Consumir líquidos adecuadamente para asegurar una buena hidratación.</li><li>✓ Realice actividad física regular en su tiempo libre para promover el bienestar físico y mental.</li></ul> |
| Generales de SST | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Incorporar pausas activas durante la jornada laboral para promover la salud física y mental.</li><li>✓ Practicar higiene postural tanto en el entorno laboral como en la vida personal para prevenir molestias musculoesqueléticas.</li><li>✓ Utilizar elementos de protección personal (EPP) adecuados según las actividades realizadas, para garantizar la seguridad en el trabajo.</li><li>✓ Participar activamente en capacitaciones sobre seguridad y salud en el trabajo para fortalecer conocimientos y habilidades.</li></ul>  |

**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 paracológico(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 paracológico(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 paracológico(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



**JUAN SEBASTIAN SUAREZ FUQUENE**  
**c. No. 1.070.585.865 DE GIRARDOT**  
e-mail: [sebastianserauz@gmail.com](mailto:sebastianserauz@gmail.com)

---

exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos.

Así mismo notifico que la I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL me informo que de conformidad con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.5.10, Numeral 1, debo procurar el cuidado integral de mi salud, por lo anterior debo acoger y dar tratamiento a las recomendaciones y restricciones dadas por el medico laboral durante la consulta medica y las emitida en este documento, las cuales estarán sujetas al seguimiento y control periódico. De igual manera, certifico que he sido retroalimentado sobre los resultados de mi valoración médica ocupacional y las medidas de prevención que debo tomar, de acuerdo con lo exigido por la Res.0312-19 Cap. 3, Art 16.

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con mi firma manifiesto que he sido informado por SERVICIOS DE GESTIÓN INTEGRADA S.A.S al respecto del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.

**EL PRESENTE CERTIFICADO NO ASEGURA QUE SE REALICE LA CONTRATACIÓN CORRESPONDIENTE POR PARTE DE LA EMPRESA SOLICITANTE. Verifique la autenticidad del presente documento a través de la consulta del código QR.**

**Dr. Vladimir Ferreira O.**  
ESPECIALISTA EN  
SAUD OCUPACIONAL  
Fund. Univ. Alca Andina  
Res. 2805

VLADIMIR ANTONIO FERREIRA OLANO  
PROFESIONAL DE LA SALUD - MEDICO ESPECIALISTA SST  
TARJETA PROFESIONAL No. 4521

Email: [pqrs@sgi.com.co](mailto:pqrs@sgi.com.co) :: Sitio web: [www.ipscdo.com.co](http://www.ipscdo.com.co) - [www.alturasyanclajes.com](http://www.alturasyanclajes.com)



JUAN SEBASTIAN SUAREZ FUQUENE  
C.C. 1.070.585.865  
PACIENTE