



I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo RESOLUCIÓN 1442 de 2024
CÓDIGO DE HABILITACIÓN SECRETARIA DE SALUD DPTAL: 11 001 37 12 201



CERTIFICADO MEDICO LABORAL B307191

Sede de atención: BOGOTA :: Ciudad de atención: BOGOTA :: Fecha de atención: 2025-03-18 07:22 :: Fecha de impresión: 2025-04-23 (830117701)



Datos de la Empresa

| | | | |
|--|--------------------------------------|----------------|----------------------------|
| RAZÓN SOCIAL: | TRANSPORTES ESPECIALES F.S.G. S.A.S. | TELEFONOS: | 3102242390 |
| DIRECCIÓN: | CRA 29 A 74 71 | PROFESIOGRAMA: | No |
| NIT: | 830117701 | Ciudad: | BOGOTÁ, D.C. - BOGOTÁ D.C. |
| EMPRESA MISIÓN: TRANSPORTES ESPECIALES FSG SAS | | | |

Datos del Usuario

| | | | |
|-----------------|---------------------------|-----------------|---------------|
| NOMBRE: | JUAN CARLOS URREGO URREGO | IDENTIFICACION: | CC 80.378.036 |
| DIRECCIÓN: | CLL 40 SUR 72Q25 | EDAD: | 42 AÑOS |
| CARGO: | CONDUCTOR | GÉNERO: | MASCULINO |
| DOMINANCIA: | DIESTRO | TELEFONOS: | 3153574338 |
| TIPO DE EXAMEN: | PRE - INGRESO | ESTADO CIVIL: | UNIÓN LIBRE |

Servicios Realizados

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

LABORATORIO CLÍNICO

- GLICEMIA PRE
- PERFIL LIPIDICO COMPLETO

TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

CONSULTA DE FONOAUDIOLOGÍA PARA ADULTO - AUDIOMETRÍA

CONSULTA DE OPTOMETRÍA

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL

- 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 | JANSSEN |

Estilos de vida Saludables para el Usuario

| | |
|---------------------|--|
| Cardiovascular | <input checked="" type="checkbox"/> Adoptar una dieta baja en carbohidratos para favorecer un equilibrio nutricional saludable. <input checked="" type="checkbox"/> Seguir una dieta baja en grasas para contribuir al mantenimiento de la salud cardiovascular. <input checked="" type="checkbox"/> Realice actividad física regular en su tiempo libre para promover el bienestar físico y mental. |
| Generales de SST | <input checked="" type="checkbox"/> Incorporar pausas activas durante la jornada laboral para promover la salud física y mental. <input checked="" type="checkbox"/> Practicar higiene postural tanto en el entorno laboral como en la vida personal para prevenir molestias musculoesqueléticas. <input checked="" type="checkbox"/> Utilizar elementos de protección personal (EPP) adecuados según las actividades realizadas, para garantizar la seguridad en el trabajo. <input checked="" type="checkbox"/> Participar activamente en capacitaciones sobre seguridad y salud en el trabajo para fortalecer conocimientos y habilidades. <input checked="" type="checkbox"/> Promover el uso de técnicas de relajación y manejo del estrés para mejorar la salud mental y el bienestar en el trabajo. |
| Resultados Exámenes | <input checked="" type="checkbox"/> Durante las valoraciones médicas, se identifica hallazgos en los resultados de examen visual. Programar seguimiento por EPS para análisis detallado de la salud. |
| Remisión EPS | <input checked="" type="checkbox"/> Solicitar valoración y/o control por nutrición en EPS para optimizar la alimentación y el bienestar. |

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(los) examen(es). Las respuestas dadas por mi 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.

Así mismo notifico que la I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL me informó que de conformidad con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10, 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 médico laboral durante la consulta médica y las emitidas 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.

ALEXANDER DELIS DEDIN
PROFESIONAL DE LA SALUD - MEDICO ESPECIALISTA SST
TARJETA PROFESIONAL No. 2952 //LIC SST 6987 DE 2022

JUAN CARLOS URREGO URREGO
C.C. 80.378.036
PACIENTE

Email: pqrs@sgi.com.co :: Sitio web: www.ipscdo.com.co - www.alturasyanclajes.com