



## 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: 11 001 37 12 201

CERTIFICADO MEDICO LABORAL **B307191**

Sede de atención: BOGOTÁ :: Ciudad de atención: BOGOTÁ :: 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

**CONSULTA DE OPTOMETRIA**

- CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL
- ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

**TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO****CONSULTA DE FONOAUDIOLOGÍA PARA ADULTO - AUDIOMETRÍA****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	JANSEN

**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>✓ 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><li>✓ Promover el uso de técnicas de relajación y manejo del estrés para mejorar la salud mental y el bienestar en el trabajo.</li></ul>
Resultados Exámenes	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Durante las valoraciones médicas, se identifica hallazgos en los resultados de examen visual. Programar seguimiento por EPS para análisis detallado de la salud.</li></ul>
Remisión EPS	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Solicitar valoración y/o control por nutrición en EPS para optimizar la alimentación y el bienestar.</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 paraclínico(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 paraclínico(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 paraclínico(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.

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