



I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo 1567 del 2023
CÓDIGO DE HABILITACIÓN SECRETARÍA DE SALUD DPTAL 11 001 37 12 201



CERTIFICADO MEDICO LABORAL B212590

Sede de atención: BOGOTÁ Ciudad de atención: BOGOTÁ Fecha de atención: 2023-07-31 14:13 Fecha de impresión: 2023-07-31 (1234644180)



Datos de la Empresa

RAZÓN SOCIAL: PARTICULARES BOGOTÁ
DIRECCIÓN: -
NIT: 000000036
EMPRESA MISIÓN: PARTICULARES BOGOTÁ

TELÉFONOS: -
PROFESIOGRAMA: No
Ciudad: - - -

Datos del Usuario

NOMBRE: CARLOS FABIAN MENESES PAEZ
DIRECCIÓN: CLL 8 C 88 B CASA 90 EP 2
CARGO: PROFESIONAL EN SIG
DOMINANCIA: DIESTRO
TIPO DE EXAMEN: PRE - INGRESO

IDENTIFICACION: CC 1.110.472.454
EDAD: 35 AÑOS
GÉNERO: MASCULINO
TELÉFONOS: 3102554527
ESTADO CIVIL: CASADO(A)

Servicios Realizados

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

CONSULTA MEDICO 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?

SI

Cantidad de Dosis Aplicadas

1

Marca de la Vacuna

JANSSEN

Estilos de vida Saludables para el Usuario

- ☒ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.
- ☒ REALIZAR HIGIENE POSTURAL INTRA Y EXTRALABORAL.
- ☒ USO CORRECCIÓN ÓPTICA CONTINUA PARA LABORES.
- ☒ DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS.
- ☒ DIETA BAJA EN GRASAS
- ☒ REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA EN SU TIEMPO LIBRE.
- ☒ CONTINUAR MANEJO DE MEDICO TRATANTE DE EPS.
- ☒ VALORACIÓN Y/O CONTROL POR NUTRICIÓN POR EPS.

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 realizara el(los) examen(es). Las respuestas dadas por mí en este(s) 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 informo 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 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.

VANESSA CORREA MURCIA
PROFESIONAL DE LA SALUD - MEDICO ESPECIALISTA SST
TARJETA PROFESIONAL No. 1020786135 //LIC SST 15346 DE 2021

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

CARLOS FABIAN MENESES PAEZ
C.C. 1.110.472.454
PACIENTE