



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 **B277377**

Sede de atención: BOGOTÁ :: Ciudad de atención: BOGOTÁ :: Fecha de atención: 2024-09-13 12:26 :: Fecha de impresión: 2024-09-25 (901440176)

**Datos de la Empresa**

RAZÓN SOCIAL:	JEFATURA SALUD FUERZA AEREA	TELEFONOS:	4307030 EXT. 2107
DIRECCIÓN:	AVENIDA CARACAS NO. 66-24	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	901440176	Ciudad:	BOGOTÁ - CUNDINAMARCA
EMPRESA MISIÓN:	JEFATURA SALUD FUERZA AEREA		

Datos del Usuario

NOMBRE:	KATHERINE MUÑOZ OSORIO	IDENTIFICACION:	CC 31.714.622
DIRECCIÓN:	CASA BI 46 MANDALAY	EDAD:	41 AÑOS
CARGO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA	GÉNERO:	FEMENINO
DOMINANCIA:	DIESTRO	TELEFONOS:	3172349996
TIPO DE EXAMEN:	PERIODICO	ESTADO CIVIL:	CASADO(A)

Servicios Realizados

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

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL

- ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

CONSULTA DE OPTOMETRIA**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	3 DOSIS	NO RECUERDA

Estilos de vida Saludables para el Usuario

- ☒ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.
- ☒ REALIZAR HIGIENE POSTURAL INTRA Y EXTRALABORAL.
- ☒ MANTENER PESO SALUDABLE.
- ☒ REALIZAR ACTIVIDAD FISICA EN SU TIEMPO LIBRE.
- ☒ PRESENTA HALLAZGO EN RESULTADOS DE EXAMEN VISUAL, SE RECOMIENDA SEGUIMIENTO POR EPS.
- ☒ USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA CON FILTRO DE PROTECCIÓN PARA PANTALLAS.

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 paradiánico(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 paradiánico(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 paradiánico(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 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.



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



KATHERINE MUÑOZ OSORIO
C.C. 31.714.622
PACIENTE

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