I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

SERVICIOS DE GESTIÓN INTEGRADA S.A.S. - NIT 900.477.525-7
Código de Habilitación Secretaria de Salud Dptal: 410010137201 Licencia SST No. 1003 de 2025

CERTIFICADO MEDICO LABORAL B368783

Sede de atención: NEIVA :: Ciudad de atención: NEIVA :: Fecha de atención: 2026-01-15 14:33 :: Fecha de impresión: 2026-01-15 (1075237395) :: Versión: 06



Datos de la Empresa Contratante

RAZÓN SOCIAL:	PARTICULARES EN SEDE	TELEFONOS:	NO APLICA
DIRECCIÓN:	NO APLICA	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	888888888	CIUDAD:	NO APLICA - NO APLICA
ARL:	_NO TIENE / NO REFIERE	SECTOR:	SECTOR COMERCIO Y SERVICIO

Datos de la Empresa Misión

RAZÓN SOCIAL:	PARTICULARES EN SEDE		
NIT:	888888888	ARL:	_NO TIENE / NO REFIERE
SECTOR:	SECTOR COMERCIO Y SERVICIO		

Datos del Usuario

NOMBRE:	MARIA FERNANDA HERRERA RIVERA	IDENTIFICACION:	CC 1.077.224.761
DIRECCIÓN:	CALLE 19 N 23A-29	EDAD:	21 AÑOS
CARGO:	DOCENTE	GÉNERO:	FEMENINO
DOMINANCIA:	DIESTRO	TELEFONOS:	3162571180
TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO	ESTADO CIVIL:	SOLTERO(A)
EPS:	POLICIA NACIONAL	AFP:	NO SABE - SIN ASEGURADORA

Servicios Realizados

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

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL

Conducta Medico Laboral para el Cargo

CONDICIONES DE SALUD ADECUADAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Vacunación COVID19

¿Esta vacunado para COVID19?	Cantidad de Dosis Aplicadas	Marca de la Vacuna
Si	2 DOSIS	PFIZER

Estilos de vida Saludables para el Usuario

Cardiovascular	☑ Adoptar una dieta baja en carbohidratos para favorecer un equilibrio nutricional saludable. ☑ Seguir una dieta baja en grasas para contribuir al mantenimiento de la salud cardiovascular. ☑ Realice actividad física regular en su tiempo libre para promover el bienestar físico y mental.
Visual	☑ Actualice la fórmula para corrección óptica de manera regular para asegurar una visión óptima.
Generales de SST	☑ Incorporar pausas activas durante la jornada laboral para promover la salud física y mental. ☑ Practicar higiene postural tanto en el entorno laboral como en la vida personal para prevenir molestias musculoesqueléticas. ☑ Utilizar elementos de protección personal (EPP) adecuados según las actividades realizadas, para garantizar la seguridad en el trabajo. ☑ Participar activamente en capacitaciones sobre seguridad y salud en el trabajo para fortalecer conocimientos y habilidades. ☑ Promover el uso de técnicas de relajación y manejo del estrés para mejorar la salud mental y el bienestar en el trabajo.

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 medico 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 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.

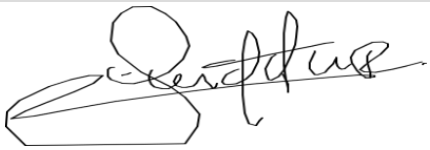
Así mismo notifico que la I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL me informo que de conformidad con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10, Numeral 1, debo procurar el cuidado integral de mi salud, por lo anterior debo acoger y dar tratamiento a las recomendaciones y restricciones 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
C.C. 2.000.028.990
PROFESIONAL DE LA SALUD - MEDICO ESPECIALISTA SST
TARJETA PROFESIONAL No. 2952 // LIC SST 6987 DE 2022



MARIA FERNANDA HERRERA RIVERA
C.C. 1.077.224.761
PACIENTE

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

"Una vez emitido el presente Certificado Médico Laboral, usted dispone de un plazo de ocho (8) días calendario para solicitar aclaraciones o modificaciones respecto a la información contenida en el mismo. Transcurrido este tiempo, no se podrán realizar cambios ni modificaciones."