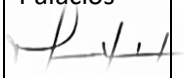
NO	CONTRATISTA	EXAMEN MEDICO	FECHA OPTOMETRIA	FECHA VALIDACION PATRA CONTRATACION	CONCEPTO DE VALIDADCION SST	NOMBRE Y FORMA SST
1	MARTHA LIGIA MONTAÑO ESPINEL	29/08/2024	29/08/2024	15-07-2026	OK	Maribel Palacios 
2	LUCERO ANDREA RINCON CUBILLOS	30/08/2024	30/08/2024	15-07-2026	OK	Maribel Palacios 
3	LUCY ESPERANZA PATIÑO	29/08/2024	29/08/2024	15-07-2026	OK	Maribel Palacios 
4	DANIELA ALEJANDRA OSORIO GARCIA	14/07/2026	14/07/2026	15-07-2026	OK	Maribel Palacios 
5	SANDRA PATRICIA MURILLO PACANCHIQUE	17/07/2026	17/07/2026	17/07/2026	OK	Maribel Palacios 
6	MARIA CAMILA TAPIERO ESQUIVEL	10-07-2026	10-07-2026	29-07-2026	OK	Maribel Palacios 

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 B274910

Sede de atención: BOGOTA :: Ciudad de atención: BOGOTA :: Fecha de atención: 2024-08-29 14:18 :: Fecha de impresión: 2024-09-18 (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:	BOGOTA - CUNDINAMARCA
EMPRESA MISIÓN:	JEFATURA SALUD FUERZA AEREA		

Datos del Usuario

NOMBRE:	MARTHA LIGIA MONTAÑO ESPINEL	IDENTIFICACION:	CC 39.738.306
DIRECCIÓN:	CLL 151 109A-83 APTO 701	EDAD:	57 AÑOS
CARGO:	AUXILIAR ODONTOLOGIA	GÉNERO:	FEMENINO
DOMINANCIA:	DIESTRO	TELEFONOS:	3143277993
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 OPTOMETRIA
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	3	2 PFIZER Y 1 ASTRAZENECA

Estilos de vida Saludables para el Usuario

- [x] REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.
- [x] REALIZAR HIGIENE POSTURAL INTRA Y EXTRALABORAL.
- [x] MANTENER PESO SALUDABLE.
- [x] REALIZAR ACTIVIDAD FISICA EN SU TIEMPO LIBRE.
- [x] CONTINUAR MANEJO DE MEDICO TRATANTE DE EPS.
- [x] ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EPS SEGÚN EDAD Y GENERO.

Recomendaciones Laborales

- [x] NINGUNA

Temporalidad o Vigencia de Recomendaciones Laborales	NO APLICA

Restricciones Laborales

- [x] 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.

MARIA CRISTINA DAZA MORA
PROFESIONAL DE LA SALUD - MEDICO ESPECIALISTA SST
TARJETA PROFESIONAL No. 0302/2013 // LIC SST 7018

MARTHA LIGIA MONTAÑO ESPINEL
C.C. 39.738.306
PACIENTE

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