



CERTIFICADO MEDICO LABORAL **B303385**

Sede de atención: NEIVA :: Ciudad de atención: NEIVA :: Fecha de atención: 2025-02-14 11:24 :: Fecha de impresión: 2025-02-14 (1010051383)



Datos de la Empresa

RAZÓN SOCIAL:	PARTICULARES EN SEDE	TELEFONOS:	NO APLICA
DIRECCIÓN:	NO APLICA	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	888888888	Ciudad:	NO APLICA - NO APLICA
EMPRESA MISIÓN:	PARTICULARES SEDE		

Datos del Usuario

NOMBRE:	MARTIN ANDRES PINZON PINZON	IDENTIFICACION:	CC 1.076.501.177
DIRECCIÓN:	FINCA VILLA PINZON	EDAD:	20 AÑOS
CARGO:	CONDUCTOR	GÉNERO:	MASCULINO
DOMINANCIA:	DIESTRO	TELEFONOS:	3155678384
TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO	ESTADO CIVIL:	SOLTERO(A)

Servicios Realizados

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

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL BASICA

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

- ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

CONSULTA DE FONOAUDIOLOGÍA PARA ADULTO - AUDIOMETRÍA

CONSULTA DE VISIOMETRÍA

LABORATORIO CLÍNICO

- TEST DÚO DE ABUSO DE DROGAS (MARIHUANA/COCAÍNA)

TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

EXÁMENES DE APOYO PSICOLOGICO

- EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA PARA CONDUCTORES

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
------------------------------	-----------------------------	--------------------

Estilos de vida Saludables para el Usuario

Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Mantener un peso saludable mediante la incorporación de hábitos alimenticios equilibrados y actividad física regular.<input checked="" type="checkbox"/> Realice actividad física regular en su tiempo libre para promover el bienestar físico y mental.
Generales de SST	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Incorporar pausas activas durante la jornada laboral para promover la salud física y mental.<input checked="" type="checkbox"/> Practicar higiene postural tanto en el entorno laboral como en la vida personal para prevenir molestias musculoesqueléticas.<input checked="" type="checkbox"/> Utilizar elementos de protección personal (EPP) adecuados según las actividades realizadas, para garantizar la seguridad en el trabajo.<input checked="" type="checkbox"/> Participar activamente en capacitaciones sobre seguridad y salud en el trabajo para fortalecer conocimientos y habilidades.<input checked="" type="checkbox"/> 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 médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de los exámenes.

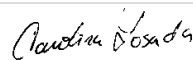
Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os)

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.



DRA. CAROLINA LOSADA PEÑA

MÉDICA OCUPACIONAL

U. IBEROAMERICANA

LIC. 6896

CAROLINA LOSADA PEÑA
PROFESIONAL DE LA SALUD - MEDICO ESPECIALISTA SST
TARJETA PROFESIONAL No. 6896 // LIC SST 6896 DE 2022



MARTIN ANDRES PINZON PINZON
C.C. 1.076.501.177
PACIENTE

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