



## CERTIFICADO MEDICO LABORAL B302180

Sede de atención: NEIVA :: Ciudad de atención: NEIVA :: Fecha de atención: 2025-02-06 06:47 :: Fecha de impresión: 2025-02-06 (901590354)



### Datos de la Empresa

RAZÓN SOCIAL:	TRANSVISA S.A.S	TELEFONOS:	3133696126
DIRECCIÓN:	CR 5 C 14 50 BRR LA FLORESTA	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	901590354	Ciudad:	PALERMO - HUILA
EMPRESA MISIÓN: TRANSVISA S.A.S			

### Datos del Usuario

NOMBRE:	DANILSON HADER NINCO OSORIO	IDENTIFICACION:	CC 1.079.608.460
DIRECCIÓN:	BARRIO LUIS CARLOS GALAN	EDAD:	26 AÑOS
CARGO:	CONDUCTOR	GÉNERO:	MASCULINO
DOMINANCIA:	DIESTRO	TELEFONOS:	3115804782
TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO	ESTADO CIVIL:	UNIÓN LIBRE

### 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

CONSULTA DE FONOAUDIOLOGÍA PARA ADULTO - AUDIOMETRÍA

CONSULTA DE OPTOMETRÍA

LABORATORIO CLÍNICO

- GLICEMIA PRE
- TRIGLICERIDOS
- COLESTEROL TOTAL

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

### Vacunación COVID19

¿Esta vacunado para COVID19?	Cantidad de Dosis Aplicadas	Marca de la Vacuna

### Estilos de vida Saludables para el Usuario

Cardiovascular	<input checked="" type="checkbox"/> Controlar los niveles de triglicéridos mediante el seguimiento proporcionado por la EPS. <input checked="" type="checkbox"/> Adoptar una dieta baja en carbohidratos para favorecer un equilibrio nutricional saludable. <input checked="" type="checkbox"/> Seguir una dieta baja en grasas para contribuir al mantenimiento de la salud cardiovascular. <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	<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.
Resultados Exámenes	<input checked="" type="checkbox"/> Durante las valoraciones médicas, se identifica hallazgos en los resultados de laboratorio clínico. Programar seguimiento por EPS para análisis detallado de la salud.
Remisión EPS	<input checked="" type="checkbox"/> Solicitar valoración y/o control por medicina general en EPS para un monitoreo integral de la salud.

### 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

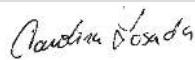
Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL, a realizar en mi examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) Profesional de la Salud abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He 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 realizará 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 médico laboral durante la consulta médica 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.

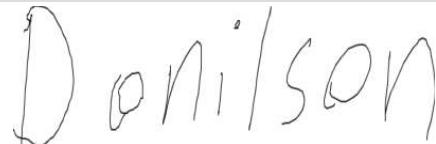
**EL PRESENTE CERTIFICADO NO ASEGURA QUE SE REALICE LA CONTRATACIÓN CORRESPONDIENTE POR PARTE DE LA EMPRESA SOLICITANTE. Verifique la autenticidad del presente documento a través de la consulta del código QR.**



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

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



DANILSON HADER NINCO OSORIO  
C.C. 1.079.608.460  
PACIENTE

**Datos de la Empresa:**

RAZÓN SOCIAL:	TRANSVISA S.A.S	TELEFONOS:	3133696126
DIRECCIÓN:	CR 5 C 14 50 BRR LA FLORESTA	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	901590354	Ciudad:	PALERMO - HUILA

**Datos del Usuario:**

IDENTIFICACION:	CC 1079608460	TELEFONOS:	3115804782
NOMBRE:	DANILSON HADER NINCO OSORIO	EXAMEN:	EXÁMENES DE APOYO PSICOLOGICO
FECHA DE NACIMIENTO:	1998-09-15	SINIESTRO:	
EDAD:	26 AÑOS	TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO
GÉNERO:	MASCULINO	TIPO DE CASO:	
RH:	O+	No. AUTORIZACIÓN:	
DOMINANCIA:	DIESTRO	ESTADO CIVIL:	UNIÓN LIBRE
ESTRATO:	2	ESCOLARIDAD:	SECUNDARIA
DIRECCIÓN:	BARrio LUIS CARLOS GALAN	EMAIL:	danielsonninco@gmail.com
ZONA RESIDENCIAL:	URBANA	ACOMPAÑANTE NOMBRE:	
NACIONALIDAD:	COLOMBIA	ACOMPAÑANTE PARENTESCO:	
DEPARTAMENTO:	HUILA	ACOMPAÑANTE TELEFONO:	
CIUDAD:	NEIVA	PERSONA RESPONSABLE:	CAROLINA PERALTA
CARGO:	CONDUCTOR	PERSONA RESPONSABLE TELEFONO:	3108687075
PROFESIÓN:	NO APLICA		
EPS:	ASMET SALUD ESSC		
EPS TIPO VINCULACIÓN:	NINGUNO		
ARL:	_NO TIENE / NO REFIERE		

 **EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA PARA CONDUCTORES**

Prueba	Resultado	Unidad de Medida	Mínimo	Máximo	Rangos
ATENCIÓN CONCENTRADA Y RESISTENCIA A LA MONOTONÍA 0.75	0.75	Tiempo (ms)	0.00	690	
ATENCIÓN CONCENTRADA Y RESISTENCIA A LA MONOTONÍA 1	1	Nº Errores	0.00	5.00	
REACCIONES MÚLTIPLES	1.137	Tiempo (ms)	0.00	1140	
REACCIONES MÚLTIPLES	3	Nº Errores	0.00	7.00	
REACCIÓN AL FRENO	0.527	Tiempo (ms)	0.00	750	
COORDINACIÓN BIMANUAL	3.471	Tiempo (ms)	0.00	4830	
COORDINACIÓN BIMANUAL	12	Nº Errores	0.00	15.00	
PERCEPCIÓN DE LA VELOCIDAD	0.166	Tiempo (ms)	0.00	830	
INTERPRETACIÓN	SATISFACTORIO				



Maria Fernanda Perdomo T.  
Psicóloga  
C.C. 1075318197  
T.P. 229903

MARIA FERNANDA PERDOMO TOLE  
PSICOLOGA ESPECIALISTA SST  
TARJETA PROFESIONAL 229903