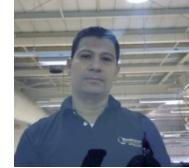


## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

**SEDE:**CENDIATRA CALI SAN FERNANDO**TELÉFONO:**6024851895 - 6024853174**DIRECCIÓN:**Calle 5 # 38D-35, Éxito San Fernando**EMAIL:**citas.cali2@cendiatra.com**CIUDAD DE LA SEDE:**CALI**FECHA EXAMEN:**2025-12-06

**Nombres y apellidos:**GUSTAVO ADOLFO CORTES  
**BASURDO**  
**Fecha de nacimiento:**28/06/1986  
**Empresa:**TRANSPORTES MULTIMODAL GROUP S.A.S  
**Empresa usuaria:**  
**Cargo:**CONDUCTOR  
**Departamento:**VALLE  
**ARL:**  
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**1130592501  
**Edad:**39 **Sexo:**MASCULINO  
**Fecha ingreso:**2025-12-06 / 08:11:14  
**Fecha salida:**2025-12-06 / 11:24:37  
**Actividad Económica:**4911 - TRANSPORTE FÉRREO DE PASAJEROS  
**EPS:**NO REFIERE



## EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- PSICOSENSOMETRICO

- VISIONETRIA
- DROGAS DE ABUSO (MARIHUANA,COCAINA)
- ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO

**CONCEPTO DE APTITUD:**

SATISFACTORIO

**INGRESO PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

CONDICIÓN VISUAL:

CONTROL ANUAL

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presentó la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.



Dra. Dora L. Botina P.  
Medico Especialista 03-ST  
C.C. 59176856  
P.M. 62-1007 Lic. 04220

DORA LIDA BOTINA  
CC: 59176856  
RM: 521067  
LIC-SST: 6220  
Firma y sello del médico



GUSTAVO ADOLFO CORTES  
BASURDO  
CC: 1130592501  
Firma del paciente

## Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

## Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Rionegro - Santa Marta - Villavicencio

## **CERTIFICADO PSICOSENSOMETRICO**

 **SEDE:**CENDIATRA CALI SAN FERNANDO

 **TELÉFONO:** 6024851895 - 6024853174

 **DIRECCIÓN:** Calle 5 # 38D-35, Éxito San Fernando

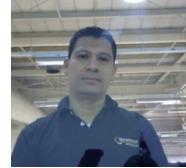
**EMAIL:**citas.cali2@cendiatra.com

 CIUDAD DE LA SEDE: CALI

 FECHA EXAMEN:2025-12-06

**Nombres y apellidos:**GUSTAVO ADOLFO CORTES  
**BASURDO**  
**Fecha de nacimiento:**28/06/1986  
**Empresa:**TRANSPORTES MULTIMODAL GROUP S.A.  
**Empresa usuaria:**  
**Cargo:**CONDUCTOR  
**Departamento:**VALLE  
**ARL:**  
**Fondo de Pensiones:**NO REFFIFRE

**CC:**1130592501  
**Edad:**39 **Sexo:**MASCULINO  
**Fecha ingreso:**2025-12-06 / 07:59:01  
**Fecha salida:**2025-12-06 / 07:59:01  
**Actividad Económica:**4911 - TRANSPORTE FÉRREO DE PASAJEROS  
**EPS:**NO REEFIERE



## **ESTADO:**

## APROBADO

**MANUEL ESTEBAN MONTAÑO  
CANDELO  
CC: 1151954295  
RM: N/A  
LIC-SST: 4145  
Firma y sello del médico**

GUSTAVO ADOLFO CORTES  
BASURDO  
CC: 1130592501  
Firma del paciente