

CERTIFICADO MEDICO DE INGRESO

9/9/24, 7:50 a.m.

CERTIFICADO MEDICO LABORAL



I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo RESOLUCIÓN 1442 de 2024
CÓDIGO DE HABILITACIÓN SECRETARÍA DE SALUD DPTAL: 41 001 01 37 201



CERTIFICADO MEDICO LABORAL B276440

Sede de atención: NEIVA :: Ciudad de atención: NEIVA :: Fecha de atención: 2024-09-07 06:49 :: Fecha de impresión: 2024-09-09 (7717002)



Datos de la Empresa

RAZÓN SOCIAL:	TRANSPORTES Y VIAJES TURISCAR S.A.S.	TELEFONOS:	3 3 2 2 5 7 3
DIRECCIÓN:	CR 44 A 35 SUR 20 P 2 BRR. ANDALUCIA	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	811040774	Ciudad:	ENVIGADO - ANTIOQUIA
EMPRESA MISIÓN:	TRANSPORTES Y VIAJES TURISCAR SAS		

Datos del Usuario

NOMBRE:	LEONARDO FABIO MOSQUERA BUSTOS	IDENTIFICACION:	CC 7.722.800
DIRECCIÓN:	CALLE 63 # 20B - 41	EDAD:	41 AÑOS
CARGO:	CONDUCTOR	GÉNERO:	MASCULINO
DOMINANCIA:	DIESTRO	TELEFONOS:	3224076204
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
 - ÉNFASIS SEGURIDAD VIAL
- CONSULTA DE OPTOMETRIA
- CONSULTA DE FONOAUDIOLOGÍA PARA ADULTO - AUDIOMETRÍA
- EXÁMENES DE APOYO PSICOLÓGICO
 - EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA PARA CONDUCTORES
- LABORATORIO CLÍNICO
 - TEST DUO DE ABUSO DE DROGAS (MARIHUANA/COCAÍNA)
- TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

Conducta Medico Laboral para el Cargo

CONDICIONES ADECUADAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Conducta Médico para Énfasis Seguridad Vial

SE AUTORIZA PARA CONDUCIR (MOTO O CARRO, SEGÚN APLIQUE)

Vacunación COVID19

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

Estilos de vida Saludables para el Usuario

- ☒ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.
- ☒ REALIZAR HIGIENE POSTURAL INTRA Y EXTRALABORAL.
- ☒ DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS.
- ☒ DIETA BAJA EN GRASAS
- ☒ MANTENER PESO SALUDABLE.
- ☒ REALIZAR ACTIVIDAD FISICA EN SU TIEMPO LIBRE.
- ☒ VALORACIÓN Y/O CONTROL POR NUTRICIÓN POR EPS.

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 paracénico(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 paracénico(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 paracénico(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 mí en este(s) 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

9/9/24, 7:50 a.m.

CERTIFICADO MEDICO LABORAL

Exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos.

Al mismo tiempo que la I.F.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL me informa 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 retroacciones 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 1077 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. Edith Yohana Correa Vargas
MEDICO ESPECIALISTA EN SST
RES N° 1375 / 2021

EDITH YOHANA CORREA VARGAS
PROFESIONAL DE LA SALUD - MEDICO ESPECIALISTA SST
TARJETA PROFESIONAL No. 55208192 // LICENCIA SST 1375 DE 2021



LEONARDO FABIO MOSQUERA BUSTOS
C.C. 7.722.800
PACIENTE

Email: pqrs@sgl.com.co :: Sitio web: www.ipacdo.com.co - www.alturasyandajes.com