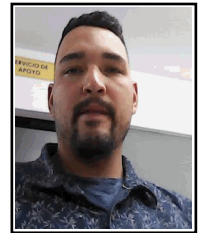


NIT. 811019808-1

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL****N° 61.403**

05 DÍA				08 MES		2025 AÑO		RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
								Ciudad		EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE														
TRANSLOGISTIK SOLUCIONES S.A.S										TRANSLOGISTIK SOLUCIONES S.A.S				
Nombre de la empresa										Empresa en misión				
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)														
SANCHEZ ALZATE YONATAN STIVEN					Genero		Edad		Documento de Identificación					
					MASCULINO		31 AÑOS 5 MESES 8 DÍAS		CC		1035916859			
Apellidos y Nombres									Tipo		Número			
Fecha de Nacimiento		Estado Civil		Número de hijos		Teléfono		Dirección		Municipio				
26/02/1994		UNIÓN LIBRE		2		3004939637		VDA LA MOSQUITA		RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)				
Escolaridad		Responsable		Teléfono del Responsable		EPS		ARL						
SECUNDARIA		DANIELA GOMEZ		3172958881		SURA		AXA COLPATRIA						
Cargo														
CONDUCTOR														
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL														
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO														
Observaciones: NO APLICA														
APTO		PARA CONDUCIR												
RESTRICCIONES LABORALES					TIPO		RECOMENDACIONES							
SIN RESTRICCIONES LABORALES					NO APLICA		NO APLICA							
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:														
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR					✓		VISIOMETRÍA					✓		
AUDIOMETRÍA					✓		PRUEBA PSICOSENSOMETRICA					✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS					RECOMENDACIONES OCUPACIONALES					HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES				
					USO DE EPP					HÁBITOS SALUDABLES				
					PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					CONTROL DE PESO				
					EDUCACIÓN EN NORMAS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL DE RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SU CARGO					DIETA BALANCEADA				
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES														
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.														

Médico



Firma:

Nombre: CC: 71724834 - ALEX SOSA

R. M.: 05-0142-09

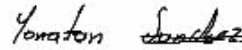
L.S.O.: 2018060237086



Código de Seguridad

N835T1Z61403

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: SANCHEZ ALZÁTE YONATAN STIVEN

CC: 1035916859