

NIT. 811019808-1

N° 61.403

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO			
05 DÍA	08 MES	2025 AÑO	RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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
		MASCULINO	31 AÑOS 5 MESES 8 DÍAS
Apellidos y Nombres		Documento de Identificación	
Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Número de hijos	Teléfono
26/02/1994	UNIÓN LIBRE	2	3004939637
Escolaridad	Responsable	Teléfono del Responsable	EPS
SECUNDARIA	DANIELA GOMEZ	3172958881	SURA
Cargo		Municipio	
CONDUCTOR		RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	
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	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
		EDUCACIÓN EN NORMAS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL DE RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SU CARGO	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES			
<p>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.</p>			

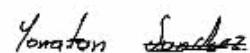
Médico

Firma:

Nombre: CC: 71724834 - ALEX SOSA

R. M.: 05-0142-09

L.S.O.: 2018060237086

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: SANCHEZ ALZATE YONATAN STIVEN

CC: 1035916859

Código de Seguridad**N835T1Z61403**