



Código de Seguridad



Nº 93014

J1177P57V93014

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
09 DÍA	01 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PERIÓDICO			
				Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
DOMILOGISTICA S.A.S				DOMILOGISTICA 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)							
HERNANDEZ MOSQUERA SANTIAGO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	22 AÑOS 0 MESES 21 DÍAS	CC	1001369424
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo MENSAJERO							
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO							
RECOMENDACIONES MÉDICAS							
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO							
RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES							
HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA							
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES							
USO DE EPP, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES ESTABLECIDOS							

Datos del Médico:

Roger G.

Responsable del SG-SST:

FIRMA AQUÍ

Recibido por el trabajador o aspirante

FIRMA AQUÍ

Profesional: GOMEZ PUERTA ROGER IVAN

Documento:

Documento:

R. M.: 63-1035-2012 L.S.O.: 2020060116344

Nombre:

Nombre:

Especialidad:

Fecha:

Fecha:



EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO

Datos del Paciente

Nº Atención: 8.464

Municipio:	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	Fecha Atención:	09/01/2025 09:49:03
Tipo Doc:	CC Cedula: 1001369424	Nombres y Apellidos:	HERNANDEZ MOSQUERA SANTIAGO
Edad:	22 AÑOS 0 M	Cargo:	MENSAJERO
Teléfono:		Empresa:	DOMILOGISTICA S.A.S
	Celular: 3012352620		

Exploración Aptitud Perceptivo - Motora:

EXÁMEN	PARÁMETROS	RANGOS DE APROBACIÓN	SG	RESULTADO
Atención Concentrada	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta	<= 0.690 Seg.	T.M.R.R	0.258
	Tiempo Medio de Reacción en el Acierto	<= 0.690 Seg.	T.M.R.A	0.258
	Num. Errores	<= 5	N.E	0
Reacciones Múltiples	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta	<= 1.140 Seg.	T.M.R.R	0.944
	Tiempo Medio de Reacción en el Acierto	<= 1.140 Seg.	T.M.R.A	0.944
	Num. Errores	<= 7	N.E	3
Reacción al Frenado	Tiempo Promedio de Reacción	<= 0.750 Seg.	T.P.R	0.431
Coordinación Bimanual - Motricidad Fina	Tiempo Total de Error	<= 4.830 Seg.	T.T.E	0.199
	Num. Errores	<= 15	N.E	1
Velocidad De Anticipación	Tiempo Medio de Desviación	<= 0.830 Seg.	T.M.D	0.17

Resultado Exploración Aptitud Perceptivo - Motora:

CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE CAPACIDAD MENTAL Y COORDINACIÓN MOTRIZ EVALUADOS EN LA PRUEBA PSICOSENSOMETRICA, NO SE EVIDENCIAN RASGOS DE TRASTORNOS DE ATENCIÓN, NI DE APRENDIZAJE. NO PRESENTA NINGÚN TIPO DE TRASTORNO PSICÓLOGICO, NIEGA ANTECEDENTES PSICOLOGICOS Y/O PSIQUIATRICOS FAMILIARES Y PERSONALES, NIEGA CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS O MEDICAMENTOS PSIQUIATRICOS.

LO QUE INDICA APTITUD PSICOLÓGICA PARA LA LABOR ASIGNADA.

Concepto: APTO

Recomendaciones:

NO APLICA



FIRMA PROFESIONAL - Psicóloga

CANO BURITICA YENNI CAROLINA

Registro: 05-8304-17

CONSETIMIENTO INFORMADO: En calidad de evaluado bajo la gravedad del juramento declaro que todos los datos aquí suministrados son reales y corresponden con la verdad, que no omito ningún dato relevante sobre mis antecedentes personales y familiares que puedan influir sobre mi estado de salud mental asumiendo total responsabilidad por las consecuencias generadas como resultado de tal información.



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 93.014

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

09 DÍA	01 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
				EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PERIÓDICO

Ciudad

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

DOMILOGISTICA S.A.S

Nombre de la empresa

DOMILOGISTICA S.A.S

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)

HERNANDEZ MOSQUERA SANTIAGO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	22 AÑOS 0 MESES 21 DÍAS	CC	1001369424

Apellidos y Nombres

Teléfonos	Dirección		
3012352620	CLL 44 B SUR 42 46		

CARGO

MENSAJERO	EPS	AFP	ARL
	EPS SURA	COLPENSIONES	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE CONTINUAR REALIZANDO SU LABOR SIN RESTRICCIÓN

Observaciones: **NO APLICA**

APTO PARA LABORES DE CONDUCCIÓN

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	✓	AUDIOMETRIA CLINICA	✓
OPTOMETRÍA	✓	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO	✓
PRUEBA DE TOXICOLOGIA PANEL 2	✓	-----	-----

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS	HACER DEPORTE
	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	DIETA BALANCEADA
	REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES ESTABLECIDOS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador:

Autorizo a la IPS ADILAB - MEDICINA LABORAL que a través del doctor (a) abajo mencionado y firmante que realice mi examen médico ocupacional registrado en este documento. Manifiesto que he asistido a este examen de forma voluntaria y tuve la oportunidad de desistir en cualquier momento. Además, se me informan las medidas para proteger la confidencialidad de mis datos personales, e historia clínica, tales como: solo el paciente puede solicitar la historia clínica completa con sus anexos y sólo si se trata de una acción judicial o con fines de seguridad y salud en el trabajo puede ser solicitada por terceros debidamente autorizados.

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 legislación vigente.

Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y se me han aclarado dudas al respecto. Por tanto, acepto la realización del examen médico ocupacional y todas las ayudas diagnósticas necesarias para la conceptualización del mismo.

Médico

Firma:



Nombre: GOMEZ PUERTA ROGER IVAN

R. M.: 63-1035-2012

L.S.O.: 2020060116344

Código de Seguridad

U1177A1G93014**Aspirante o Trabajador**

Firma:



Nombre: HERNANDEZ MOSQUERA SANTIAGO

CC: 1001369424