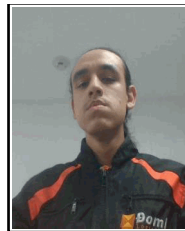




Código de Seguridad

**J1177P57V93014**



**N° 93014**

## 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 LABORO 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 <b>MENSAJERO</b>							
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:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

*Roger G.*

FIRMA AQUÍ

FIRMA AQUÍ

Profesional: GOMEZ PUERTA ROGER IVAN

R. M.: 63-1035-2012

L.S.O.: 2020060116344

Especialidad:

Documento:

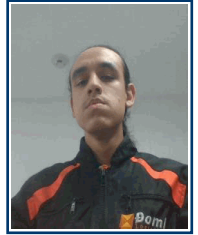
Nombre:

Fecha:

Documento:

Nombre:

Fecha:



## EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO

### Datos del Paciente

**N° 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 **Fecha de Nacimiento:** 19/12/2002  
**Edad:** 22 AÑOS 0 M **Cargo:** MENSAJERO **Empresa:** DOMILOGISTICA S.A.S  
**Teléfono:** **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 PSICOLÓGICO, 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

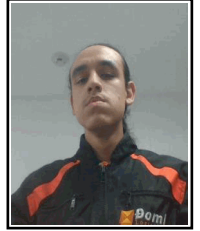
*Carolina Cano B.*

**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.



**N° 93.014**

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

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 LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
DOMIOLOGISTICA S.A.S				DOMIOLOGISTICA 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
Teléfonos				Dirección			
3012352620				CLL 44 B SUR 42 46			
CARGO				EPS	AFP	ARL	
MENSAJERO				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:							
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 diagnosticas necesarias para la conceptualización del mismo.</p>							

**Médico**

Roger G.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: GOMEZ PUERTA ROGER IVAN

R. M.: 63-1035-2012

L.S.O.: 2020060116344

Código de Seguridad

**U1177A1G93014**



**Aspirante o Trabajador**

Santiago M.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: HERNANDEZ MOSQUERA SANTIAGO

CC: 1001369424