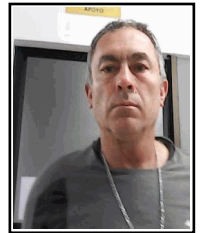


NIT. 811019808-1

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL****N° 60.713**

<b>17</b> DÍA				<b>07</b> MES		<b>2025</b> AÑO		<b>RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)</b>		<b>TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL</b>					
								Ciudad		<b>EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO</b>					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE															
<b>TRANSLOGISTIK SOLUCIONES S.A.S</b>										<b>TRANSLOGISTIK SOLUCIONES S.A.S</b>					
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)															
<b>MARTINEZ LONDOÑO CARLOS ARTURO</b>					Genero		Edad		Documento de Identificación						
					<b>MASCULINO</b>		<b>55 AÑOS 2 MESES 4 DÍAS</b>		<b>CC</b>		<b>70726739</b>				
Apellidos y Nombres									Tipo		Número				
Fecha de Nacimiento		Estado Civil		Número de hijos		Teléfono		Dirección		Municipio					
<b>13/05/1970</b>		<b>CASADO(A)</b>		<b>3</b>		<b>3122048889</b>		<b>CL 19 N 46 87</b>		<b>MARINILLA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)</b>					
Escolaridad		Responsable		Teléfono del Responsable		EPS		ARL							
<b>SECUNDARIA</b>		<b>MIRYAM GIRALDO</b>		<b>3235029052</b>		<b>NO REFIERE</b>		<b>NO REFIERE</b>							
Cargo															
<b>CONDUCTOR</b>															
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL															
<b>SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO</b>															
Observaciones: <b>NO APLICA</b>															
<b>APTO</b>		PARA CONDUCIR													
<b>RESTRICCIONES LABORALES</b>					<b>TIPO</b>		<b>RECOMENDACIONES</b>								
SIN RESTRICCIONES LABORALES					NO APLICA		NO APLICA								
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>															
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR							VISIOMETRÍA								
AUDIOMETRÍA							PRUEBA PSICOSENSOMETRICA								
<b>RECOMENDACIONES MÉDICAS</b>					<b>RECOMENDACIONES OCUPACIONALES</b>					<b>HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES</b>					
USAR CORRECCIÓN VISUAL : SI TIENE LENTES LOS DEBE USAR SEGÚN LA RECOMENDACIÓN DEL OPTÓMETRA Y DEBE CONSULTAR CON OPTÓMETRA ANUAL EN EPS, SI NO TIENE LENTES DEBE TENER CONSULTA CON OPTÓMETRA, POR TENER ALTERADO EL EXAMEN VISUAL. LA EMPRESA DEBE INFORMARLE AL PACIENTE PARA QUE CUMPLA CON ESTA RECOMENDACIÓN.					USO DE EPP					HÁBITOS SALUDABLES					
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO					PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					CONTROL DE PESO					
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO : REQUIERE EL USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN AMBIENTES CON NIVELES DE RUIDO SUPERIOR A 80DB					EDUCACIÓN EN NORMAS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL DE RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SU CARGO					HACER DEPORTE					
VALORACIÓN POR EPS : LA EMPRESA LE DEBE INFORMAR AL PACIENTE QUE DEBE CONSULTAR CON MÉDICO ANUALMENTE POR EPS PARA CONTROL DE AUDIOMETRÍA, POR DESCENSOS EN ALGUNAS FRECUENCIAS LOS CUALES EN EL MOMENTO, NO GENERAN RESTRICCIÓN OCUPACIONAL; PERO REQUIEREN SEGUIMIENTO										DIETA BALANCEADA					
PEDIR CITA DE CONTROL ANUAL CON OPTÓMETRA EN EPS															
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>															
COMO RECOMENDACIÓN GENERAL PARA EL CARGO DE CONDUCTOR DE CUALQUIER TIPO DE VEHÍCULO, SE ACONSEJA DESCARTAR ALTERACIONES EN EL METABOLISMO DE CARBOHIDRATOS Y LÍPIDOS, ALTERACIONES VISUALES, ALTERACIONES CARDIOVASCULARES, ALTERACIONES AUDITIVAS, ALTERACIONES PSICOSENSORIALES Y HÁBITOS INSEGUROS QUE PUEDAN SER DE RIESGO PARA ACCIDENTES. POR ELLO SE RECOMIENDA EVALUAR ESTO POR MEDIO DE: GLICEMIA EN AYUNAS, PERFIL LIPÍDICO, PANEL MULTIDROGAS Y ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS MAYORES DE 45 AÑOS.															

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

**Liliana Pérez Aguirre**  
Médica U.de.A.  
Especialista S.O.  
R.M. 54389 Lic. 53383

Firma:

*Liliana Pérez A.*

Nombre: CC: 43269536 - LILIANA MARIA PEREZ

R. M.: 54389-10

L.S.O.: 2021060130298

Código de Seguridad

**G835M1S60713**

### Aspirante o Trabajador

Firma:

*Carlos D. Martínez*

Nombre: MARTINEZ LONDOÑO CARLOS ARTURO

CC: 70726739

