



NIT. 811019808-1

N° 60.713

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

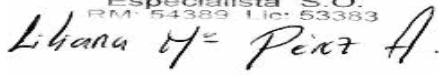
17 DÍA				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
				EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO			
07 MES				RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)			
2025 AÑO				Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSLOGISTIK SOLUCIONES S.A.S				TRANSLOGISTIK SOLUCIONES 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)							
MARTINEZ LONDOÑO CARLOS ARTURO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	55 AÑOS 2 MESES 4 DÍAS	CC	70726739
Apellidos y Nombres				Dirección		Municipio	
Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Número de hijos	Teléfono	CL 19 N 46 87	MARINILLA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		
13/05/1970	CASADO(A)	3	3122048889	EPS		ARL	
Escolaridad	Responsable		Teléfono del Responsable				
SECUNDARIA	MIRYAM GIRALDO		3235029052	NO REFIERE		NO REFIERE	
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		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : SI TIENE LENTES LOS DEBE USAR SEGUN 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							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
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.
RM: 54389 Lic. 53383

Firma:



Nombre: CC: 43269536 - LILIANA MARIA PEREZ

R. M.: 54389-10

L.S.O.: 2021060130298

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: MARTINEZ LONDOÑO CARLOS ARTURO

CC: 70726739

Código de Seguridad
G835M1S60713