



N° 65.201

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
10 DÍA	11 MES	2025 AÑO	RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
TRANSLOGISTIK SOLUCIONES S.A.S				TRANSLOGISTIK SOLUCIONES S.A.S			
CIU (Actividad Económica) del empleador:							
4921 - TRANSPORTE DE PASAJEROS.							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
Apellidos y Nombres			Género	Edad	Documento de Identificación		
PULGARIN CASTAÑEDA JAIBER LEON			MASCULINO	45 AÑOS 2 MESES 26 DÍAS	CC	71224349	
					Tipo	Número	
Cargos							
CONDUCTOR							
EPS		AFP			ARL		
SURA		COLPENSIONES			NO REFIERE		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO							
Observaciones: USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE							
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			✓	METABOLITOS T.H.C			✓
AUDIOMETRÍA			✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			✓
VISIOMETRÍA			✓	PRUEBA DE ALCOHOL EN SALIVA			✓
METABOLITOS C.O.C			✓	-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : POR PATOLOGÍA DE BASE			USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO	
			EDUCACIÓN EN NORMAS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL DE RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SU CARGO			HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
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				Aspirante o Trabajador			
Liliana Pérez Aguirre Médica U.de.A. Especialista S.O. RM: 54389 Lic: 53383 Firma: <i>Liliana Pérez A.</i>				Firma: <i>Jaiber Castañeda</i> Nombre: PULGARIN CASTAÑEDA JAIBER LEON			
Nombre: CC: 43269536 - LILIANA MARIA PEREZ R. M.: 54389-10 L.S.O.: 2021060130298				Código de Seguridad E835K1Q65201 CC: 71224349			

