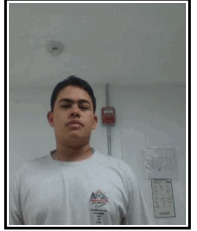




Código de Seguridad

G1177M57S8294



N° 82946

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
07	10	2024	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO					
DÍA	MES	AÑO	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)									
LLORENTE JIMENEZ DANIEL ENRIQUE				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				MASCULINO		21 AÑOS 8 MESES 21 DÍAS		CC	1003069516
Apellidos y Nombres						Tipo		Número	
Cargo									
MENSAJERO									
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: SI									
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES									
HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA									
RECOMENDACIONES MÉDICAS									
USAR CORRECCIÓN VISUAL, VALORACIÓN POR EPS: VALORACION POR OPTOMETRIA EPS									
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES									
USO DE EPP, SVE VISUAL, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS HIGIENE PERSONAL FRECUENTE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO									

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Profesional: CHADID DIAZ ALEJANDRA

R. M.: 1605-02 L.S.O.: 127591

Especialidad:

FIRMA AQUÍ

Documento:

Nombre:

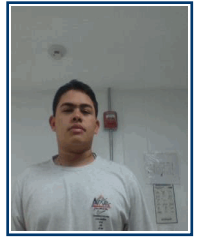
Fecha:

FIRMA AQUÍ

Documento:

Nombre:

Fecha:



EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO

Datos del Paciente

N° Atención: 7.418

Municipio: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) **Fecha Atención:** 07/10/2024 12:29:22
Tipo Doc: CC **Cedula:** 1003069516 **Nombres y Apellidos:** LLORENTE JIMENEZ DANIEL ENRIQUE **Fecha de Nacimiento:** 16/01/2003
Edad: 21 AÑOS 10 M **Cargo:** MENSAJERO **Empresa:** DOMILOGISTICA S.A.S
Teléfono: **Celular:** 3225254163

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	0.524
	Tiempo Medio de Reacción en el Acierto	<= 0.690 Seg.	T.M.R.A	0.522
	Num. Errores	<= 5	N.E	3
Reacciones Múltiples	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta	<= 1.140 Seg.	T.M.R.R	0.618
	Tiempo Medio de Reacción en el Acierto	<= 1.140 Seg.	T.M.R.A	0.613
	Num. Errores	<= 7	N.E	1
Reacción al Frenado	Tiempo Promedio de Reacción	<= 0.750 Seg.	T.P.R	0.494
Coordinación Bimanual - Motricidad Fina	Tiempo Total de Error	<= 4.830 Seg.	T.T.E	1.5
	Num. Errores	<= 15	N.E	3
Velocidad De Anticipación	Tiempo Medio de Desviación	<= 0.830 Seg.	T.M.D	0.05

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

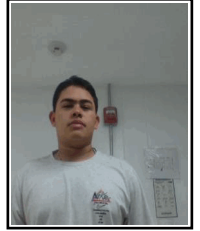
Carolina Cano B.

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.



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 82.946

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
07 DÍA	10 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
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)							
LLORENTE JIMENEZ DANIEL ENRIQUE				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	21 AÑOS 8 MESES 21 DÍAS	CC	1003069516
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Teléfonos				Dirección			
3225254163				AV 36 B 65 A 75			
CARGO				EPS	AFP	ARL	
MENSAJERO				SALUD TOTAL	NO REFIERE	NO REFIERE	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN RESTRICCIÓN PARA REALIZAR SU LABOR							
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		
USAR CORRECCIÓN VISUAL		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR OPTOMETRIA EPS		SVE VISUAL			CONTROL DE PESO		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
		USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS HIGIENE PERSONAL FRECUENTE			DIETA BALANCEADA		
		USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO					
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



Firma: _____

Nombre: CHADID DIAZ ALEJANDRA

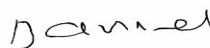
R. M.: 1605-02 L.S.O.: 127591



Código de Seguridad

M1177S1Y82946

Aspirante o Trabajador



Firma: _____

Nombre: LLORENTE JIMENEZ DANIEL ENRIQUE

CC: 1003069516