

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	20-03-2025	PARTICULAR
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	15-02-2022	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	15-02-2025	PUBLICO

VALID 142462 09/20



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06002231167



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 10304534

NOMBRE
DIEGO EDINSON VELASCO ANACONA

FECHA DE NACIMIENTO
20-12-1984

FECHA DE EXPEDICIÓN
15-02-2022

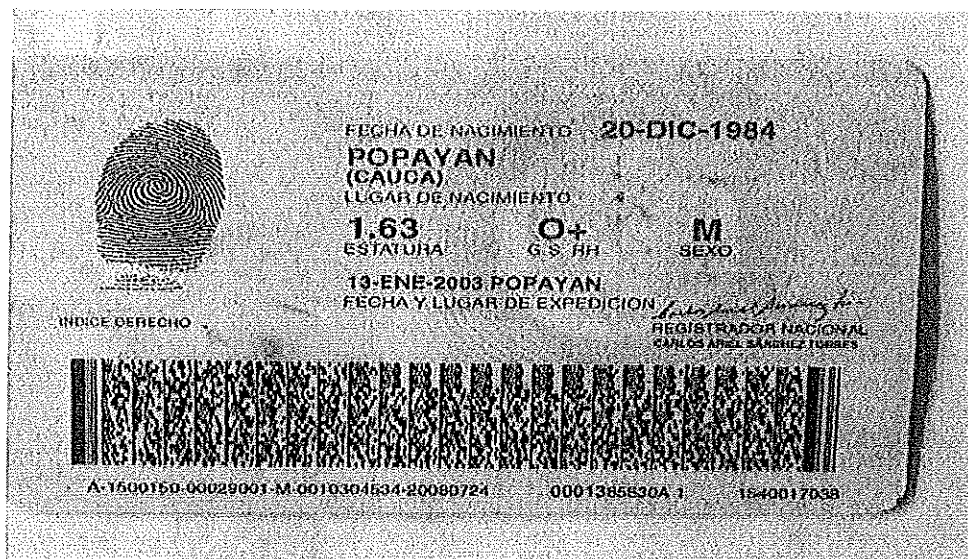
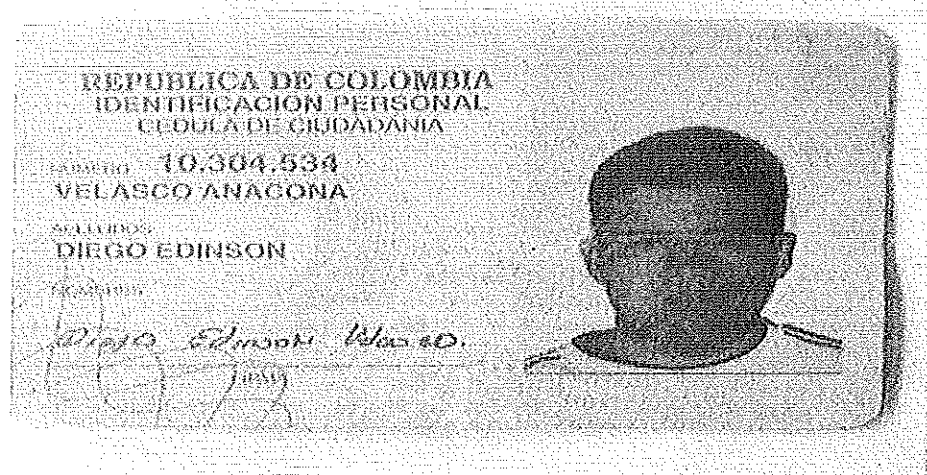
RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

SANGRE-RH
O+



ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
STRIA TTOYTTE MCPAL POPAYAN

República de Colombia



COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 29/11/2023

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	Número de documento:	901246498	Cédula Usuario:	CC 36996901
Nombre:	SILOGISTICA SAS				
Dirección:	LT 3H PQ INDUSTRIAL BG 2				
Departamento:	CAUCA	Municipio:	POPAYAN		
Correo electrónico:	SILOGISTICASISO@GMAIL.COM				
Teléfono:	3165269603	Tarifa:	4.350		
Actividad Económica:	4492301 TRANSPORTE DE CARGA POR CARRETERA, INCLUYE TODAS LAS OPERACIONES DE TRANSPORTE DE CARGA POR CARRETERA. SE INCLUYE EL TRANSPORTE DE UNA GRAN VARIEDAD DE MERCANCIAS TALES COMO: TRONCOS, GANADO, PRODUCTOS REFRIGERADOS, CARGA PESADA, CARGA A GRANEL, INCLUSO EL TRANSPORTE EN CAMIONES CISTERNA DE LIQUIDOS (EJEMPLO: LA LECHE QUE SE RECOGE EN LAS GRANJAS, AGUA, ETCETERA), AUTOMOVILES, LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE DE DESPERDICIOS Y MATERIALES DE DESECHO, SIN INCLUIR EL PROCESO DE ACOPIO NI ELIMINACION. INCLUYE EL ALQUILER DE VEHICULOS DE CARGA (CAMIONES) CON CONDUCTOR.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 36996901	CHAMORRO CHAMORRO MARLENI DEL

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 84	01/12/2023	CC 10304534	VELASCO ANACONA DIEGO	4	4.35000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor dirijase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

87C0204B001A1B46BE9A0BA73BF1486B

Certificado impreso el día 11/29/2023 3:54:22 PM por el portal de empresas Edesk

Popayán, 01-12-2023

Señores

EPS Sanitas

Ciudad Popayán

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

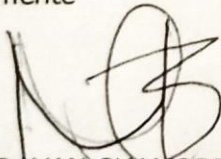
Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador Marleni del Carmen Chamorro identificado con CC: 36.996.901 en mi calidad de Representante legal, de la empresa SILOGISTICA S.A.S identificada con NIT:901246498 para las personas que se detallan a continuación

N	Tipo Doc Empleado	No. Doc Empleado	Nombre Empleado	IBC	Fecha Ingreso Empresa	Fecha Retiro Si Aplica**	Dirección Residencia	Municipio / Departamento	# Celular	Correo electrónico
1	CC	10304534	DIEGO EDINSON VELASCO ANACONA	1.160.000	01/12/2023		VERDA. CALIBIO	Popayán-Cauca	3126588214	NO TIENE

** La fecha de retiro aplica solamente para los casos en los cuales aún el usuario se encuentra activo en el sistema bajo el mismo empleador

Cordialmente



NAZLY DAYAN CHAMORRO CHAMORRO

Jefe de Talento Humano Y SST



Bogota 02.12.2023

Digo Wilson

Señores,

SILOGISTICA SAS - NI 901246498

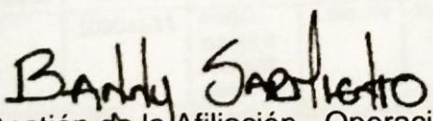
Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 1 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2023-12-02 con numero de radicado 4616279 :

Cordialmente,


Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

NUMERO DE RADICADO : 4616279



Popayán, 01-12-2023

Señores

EPS Sanitas

Ciudad Popayán

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador Marleni del Carmen Chamorro identificado con CC: 36.996.901 en mi calidad de Representante legal, de la empresa SILOGISTICA S.A.S identificada con NIT:901246498 para las personas que se detallan a continuación

N	Tipo Doc Empleado	No. Doc Empleado	Nombre Empleado	IBC	Fecha Ingreso Empresa	Fecha Retiro Si Aplica**	Dirección Residencia	Municipio / Departamento	# Celular	Correo electrónico
1	CC	10304534	DIEGO EDINSON VELASCO ANACONA	1.160.000	01/12/2023		VERDA. CALIBIO	Popayán-Cauca	3126588214	NO TIENE

** La fecha de retiro aplica solamente para los casos en los cuales aún el usuario se encuentra activo en el sistema bajo el mismo empleador

Cordialmente

NAZLY DAYAN CHAMORRO CHAMORRO

Jefe de Talento Humano Y SST

Protección

Fondo de Cesantías Protección

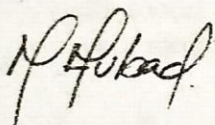
NIT 800.170.494

Hace constar que:

El(La) Señor(a) **DIEGO EDINSON VELASCO ANACONA** identificado(a) con **CC** número **10.304.534** se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN, desde el 11 de febrero de 2022.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 04 de diciembre de 2023.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

***Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2023120410410

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	PERSECUIGADO
Regular ☐	Regular ☐	Fidelidad 25 años ☐
Servicio Doméstico ☐	Travista ☐	Más de 1.5 SMM/V ☐
Madre Comunitaria ☐	Facultador ☐	Más de 1.5 SMM/V ☐
Veteranos ☐	Colombiano en el Exterior ☐	

Indice de Aporte 0.8% 2%

PARTE A INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT) NIT: **901246498-9** C.C. T.I. G.E. PAS

PARTE B INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO: **VELASCO** SEGUNDO APELLIDO: **ANACONA** PRIMER NOMBRE: **DIEGO** SEGUNDO NOMBRE: **EDINSON** FECHA DE NACIMIENTO: **1984 12 20** GÉNERO: **M**

C.C. T.I. C.E. PAS: **CD** REP: **PPT** VISA: **OTRO** ESTADO CIVIL: **SOLTERO** CASADO ☐ LIBRE ☒ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO ☐

CUAL: **No. 10304534** SECTOR: **TELÉFONO CELULAR 3128588714** TELÉFONO FIJO:

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA: **JARDINES DE PAZ** PAÍS: **COLOMBIA** E-MAIL: **diego534@gmail.com**

MUNICIPIO: **POPAYÁN** DEPARTAMENTO: **CAUCA**

FACTOR DE VULNERABILIDAD

☒ No disponible

☐ Cabeza de familia

☐ Desplazado

☐ Población migrante

☐ Ejercicio del trabajo sexual

☐ En condición de discapacidad

☐ Desempleado o desempleado

☐ Hijo (as) de desempleado o desempleado

☐ Dañado por desastre natural

☐ Hijo (as) de madre cabeza de familia

☐ Población zonas fronterizas (nacionales)

☐ Víctima del conflicto armado (no desplazado)

ORIENTACIÓN SEXUAL

☒ Heterosexual

☐ Homosexual

☐ Información no disponible

NIVEL EDUCATIVO

☒ Preescolar

☐ Básica

☐ Secundaria

☐ Media

☐ Técnico / tecnológico

☐ Profesional universitario

☐ Posgrado / maestría

☐ Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

☐ Afrocolombiano

☐ Comunitario negro

☐ Indígena

☐ Racial del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

☐ Palenquero

☐ Romorogiano

☒ No disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA: **POPAYÁN** SECTOR: **URBANO** FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA: **2023 12 01** OCUPACIÓN / PROFESIÓN: **CONDUCTOR OPERATIVO** HORAS LABORADAS AL MES: **235** SALARIO MENSUAL: **1160000**

☒ Básico ☐ Mensual Puntual ☐ Condiciones: **OTRO**

VALOR: **1160000** Suma todos los conceptos salariales

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? ☐ SI ☒ NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescribe (vence), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1992.

NOMBRE DEL BANCO: Cta. Ahorros ☐ Cta. Corriente ☐ No Cuenta ☐

PARTE C INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO: **LEON** SEGUNDO APELLIDO: **QUILINDO** PRIMER NOMBRE: **MARISOL** SEGUNDO NOMBRE: FECHA DE NACIMIENTO: **1981 04 16** OCUPACIÓN/PROFESIÓN: GÉNERO: **F**

C.C. T.I. C.E. PAS: **CD** REP: **PPT** VISA: **OTRO** CONVIVEN: ☒ SI ☐ NO NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA: IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR:

CUAL: **No. 34326639**

PARTE D DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE: FECHA DE NACIMIENTO: OCUPACIÓN/PROFESIÓN: GÉNERO:

C.C. T.I. C.E. PAS: **CD** REP: **PPT** VISA: **OTRO** NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA: IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR:

CUAL: **No**

PARTE E INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO	C.C. T.I. PAS	IDENTIFICACIÓN	USO
				AÑO	MES	DÍA				
VELASCO	MENESES	DIEGO	ALEJANDRO	2012	01	23	x	x	TI	1112967226
VELASCO	MENESES	HEIDY	MICHELI	2010	10	06	x	x	TI	1061752453
VELASCO	LEON	VALENTINA		2002	12	21	x	x	CC	1002966950
VELASCO	MENESES	MARIA	ANGEL	2020	03	25	x	x	RC	1058941269

DECLARACIÓN:

Declaro que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley 21 de 1992. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1992.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que no tengo conocimiento de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La presente declaración garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, integridad, acceso y circulación restringida de mis datos. De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a los beneficiarios del subsidio familiar, a que hubiere lugar.

Firma del Trabajador (A) No. de identificación: **10304534**

OBSERVACIONES

RECIBE	DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA: 2023-12-04	FECHA: 	FECHA:
NOMBRE: COMFACAUCA EN LÍNEA	NOMBRE: 	NOMBRE:

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR
2023-12-04

MAYORES INFORMES: COMFACAUCA POPAYÁN: Calle 2 Nte. N° 6A-54 Barrio Modelo PBX: (0626) 231868 Ext: 120-122-190-221 FAX: 8203961 nomina@comfacauca.com - promoportes@comfacauca.com
Santander de Quilichao: Calle 5 # 9-79 PBX: (0626) 292183 - Puerto Tejada: Cra. 20 # 16-25 Barrio El Centro Tel: (0626) 282189 - 282430 - El Bordo: Cra. 7 # 4-33 PBX: 8262111
Gampi: Calle 6 Vía principal Cel: 3104861793 - Miranda: Calle 7 13 B #51-73 PBX: 8281467 - 8476330 - www.comfacauca.com

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

NIT 860.011.153-6

Otorgan la

Constancia de asistencia a:

DIEGO EDINSON VELASCO ANACONA
CC. 10304534

Quién participó en la acción educativa

“MANEJO DEFENSIVO”

Realizada el 18 Noviembre en el municipio del Popayán Cauca

Se expide la presente constancia a los 27 días del mes de Noviembre de 2024



SANDRA PATRICIA MORALES MANRRIQUE
Administradora de Riesgos Positiva Compañía de Seguros
Sucursal Cauca

FECHA DE CERTIFICADO:

2024-11-30

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

Periódico

EMPRESA DONDE TRABAJÓ, TRABAJA O TRABAJARÁ

SILOGISTICA SAS

CARGO QUE OCUPÓ, OCUPA U OCUPARÁ

CONDUCTOR OPERARIO DE VEHÍCULOS DE CARGA PESADA MIXER


DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR
Nombre del Paciente

DIEGO EDINSON VELASCO ANACONA

Documento de Identificación

CC10304534

Estado Civil

UNION LIBRE

Sexo

MASCULINO

Ocupación

CONDUCTOR OPERARIO DE VEHÍCULOS
DE CARGA PESADA MIXER

Edad

39 años 11 meses 10 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO
País

COLOMBIA

Departamento

CAUCA

Ciudad

POPAYÁN

Dirección

VERDA. CALIBIO

Correo Electrónico

DIEGOVELASCOANACONA@GMAIL.COM

Teléfono

3126588214

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

El servicio médico ocupacional de IMPACTO IPS con el/la Dr. LEIDY JOHANA FERNANDEZ PABON Médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen físico y revisión de exámenes complementarios correspondientes al mismo conceptua:

Sin defecto físico ni enfermedad que interfiera su capacidad laboral para la labor asignada. Sin restricciones para desempeñar el cargo

El concepto se emitió con base en los siguientes exámenes practicados:

Examen médico ocupacional de Periódico con énfasis en Trabajo en alturas y Énfasis Osteomuscular

Audiometría

Visiometría

Perfil Lipídico

Glicemia

Psicosensométrico

RECOMENDACIONES MEDICO OCUPACIONALES
Hábitos y Estilos de Vida Saludables:

Hábitos saludables.

Control de peso.

Hacer deporte.

Dieta balanceada.

Recomendaciones ocupacionales:

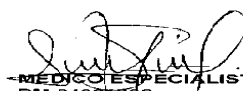
Uso de EPP.

Pausas activas e higiene postural. CADA 2 HORAS

Observaciones y Recomendaciones Adicionales

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, Y DE ALTURAS. SIN RESTRICCIONES. SIN DIAGNOSTICOS DE PATOLOGIAS DE ORIGEN LABORAL. EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES, EXAMEN NEUROLOGICO NORMAL, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, PRUEBAS PARA COORDINACION, EQUILIBRIO Y REFLEJOS NORMALES. RECOMENDACIONES MÉDICAS: REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, HABITO DE VIDA SALUDABLE. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS ERICTAS CADA 2 HORAS Y USO DE EPP, VALORACIÓN ANUAL POR MEDICINA LABORAL.

La presente certificación se expide con previo consentimiento del paciente abajo firmante y con base en la historia clínica ocupacional, la cual es de carácter confidencial


MEDICO ESPECIALISTA EN SST
 RM 34331598
 LC. 2751

LEIDY JOHANA FERNANDEZ PABON

Registro Médico: 2751



DIEGO EDINSON VELASCO ANACONA

CC10304534

FECHA DE CERTIFICADO:

2024-11-30

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

Periódico

EMPRESA DONDE TRABAJÓ, TRABAJA O TRABAJARÁ

SILOGISTICA SAS

CARGO QUE OCUPÓ, OCUPA U OCUPARÁ

CONDUCTOR OPERARIO DE VEHÍCULOS DE CARGA PESADA MIXER


DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR
Nombre del Paciente

DIEGO EDINSON VELASCO ANACONA

Documento de Identificación

CC10304534

Estado Civil

UNION LIBRE

Sexo

MASCULINO

Ocupación

CONDUCTOR OPERARIO DE VEHÍCULOS
DE CARGA PESADA MIXER

Edad

39 años 11 meses 10 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO
País

COLOMBIA

Departamento

CAUCA

Ciudad

POPAYÁN

Dirección

VERDA. CALIBIO

Correo Electrónico

DIEGOVELASCOANACONA@GMAIL.COM

Teléfono

3126588214

ANTECEDENTES PERSONALES

HTA	No	Deficiencia Auditiva	No
Hipoglicemia	No	Defectos de visión	No
Dislipidemia	Si	Fobia a las alturas	No
Síndrome Convulsivo	No	Antecedentes Psiquiátricos	No
Síndrome Vertiginoso	No		

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Osteo	Normal	Exámenes complementarios	Normal
Prueba Vestibular	Normal	Exámenes Paraclínicos	Normal

CONCEPTO DE APTITUD PSICOFISICA
Apto para trabajo en alturas
Recomendaciones y Observaciones Generales

MANEJO EN EPS POR LEVE ALTERACION EN TRIGLICERIDOS. SIN RIESGO CRDIOVASCULAR ASOCIADO.

La presente certificación se expide con previo consentimiento del paciente abajo firmante y con base en la historia clínica ocupacional, la cual es de carácter confidencial


MEDICO ESPECIALISTA EN SST
 RM 34331598
 LC. 2751

LEIDY JOHANA FERNANDEZ PABON

Registro Médico: 2751



DIEGO EDINSON VELASCO ANACONA

CC10304534

FECHA DE CERTIFICADO:

2024-11-30

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

Periódico

EMPRESA DONDE TRABAJÓ, TRABAJA O TRABAJARÁ

SILOGISTICA SAS

CARGO QUE OCUPÓ, OCUPA U OCUPARÁ

CONDUCTOR OPERARIO DE VEHÍCULOS DE CARGA PESADA MIXER


DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

Nombre del Paciente	Documento de Identificación	Estado Civil
DIEGO EDINSON VELASCO ANACONA	CC10304534	UNION LIBRE
Sexo	Ocupación	Edad
MASCULINO	CONDUCTOR OPERARIO DE VEHÍCULOS DE CARGA PESADA MIXER	39 años 11 meses 10 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO

País	Departamento	Ciudad
COLOMBIA	CAUCA	POPAYÁN
Dirección	Correo Electrónico	Teléfono
VERDA. CALIBIO	DIEGOVELASCOANACONA@GMAIL.COM	3126588214

ANTECEDENTES DE EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO
SINTOMAS Y PARTE CORPORAL AFECTADOS

No existen síntomas

EXAMEN FISICO

Fuerza	Normal
Sensibilidad	Normal
Motilidad	Normal
Marcha	Normal
Columna Vertebral	Normal
Reflejos OT	Normal

MANIOBRAS ESPECIALES

Tinel Manos	Negativo
Phanel Manos	Negativo
Filkestein	Negativo
Maniobras para Hombros	Negativo
Signo del Cajón de Rodillas	Negativo
Signo del Bostezo de Rodillas	Negativo
Signo Lasegue	Negativo

RESULTADO EXAMEN OSTEOMUSCULAR: Normal

La presente certificación se expide con previo consentimiento del paciente abajo firmante y con base en la historia clínica ocupacional, la cual es de caracter confidencial


MEDICO ESPECIALISTA EN SST
 RM 34331698
 LC. 2751

 LEIDY JOHANA FERNANDEZ PABON
 Registro Médico: 2751



 DIEGO EDINSON VELASCO ANACONA
 CC10304534