



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 12845362

NOMBRE

WILFREDO LASSO GRIJALBA

FECHA DE NACIMIENTO

20-04-1980

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

15-08-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA TTOYTTE MCPAL CHACHAGUI NARIÑO

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	15-08-2033	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	15-08-2026	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC07001931035

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEPULA DE CIUDADANIA

NUMERO **12.845.362**

APELLIDOS **LASSO GRIJALBA**

NOMBRES **WILFREDO**

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-1980**

LA UNION
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

29-OCT-1998 SAN PEDRO DE CARTAGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2312300-00215498-M-0012845362-20100216 0020986036G 1 21856578

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DÍA 19/11/2024
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 95	20/11/2024	CC 12845362	LASSO GRIJALBA WILFREDO	4	4.35000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase 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.

4AA32EC8E74A6AE7AFBFF5C132EADA94

Certificado impreso el día 11/19/2024 3:18:07 PM por el portal de empresas Edesk

Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
 Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

① Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia



El emprendimiento
 es de todos

Minhacienda

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva
eps

gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

CLICK PARA REINICIAR TODO

CÓDIGO ASESOR
Y/O PROMOTOR

A830

AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	
PRIMER APELLIDO LASSO	SEGUNDO APELLIDO GRIJALBA
PRIMER NOMBRE WILFREDO	SEGUNDO NOMBRE
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC - Cédula de Ciudadanía	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 12845362
SEXO DE IDENTIFICACIÓN F ☒ T ☐ NB ☐	10. FECHA NACIMIENTO 20 ☐ ABRIL ☐ 1980 ☐
PAÍS DE NACIMIENTO COLOMBIA	11. NACIONALIDAD
9. SEXO BIOLÓGICO F ☐ M ☒	
ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC - Cédula de Ciudadanía ☐	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO POPAYAN	DEPARTAMENTO CAUCA	ZONA CENTRO POBLADO	TELÉFONO MÓVIL 3113962547
TELÉFONO FIJO	EXT.	CORREO ELECTRÓNICO wilfredolassogrijalba@gmail.com	IPS 7067
			IPS ODONTOLÓGICA 7067

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

39. Nombre o Razón Social SILOGISTICA S.A.S	40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD NI - Número Identificación Tributaria	41. Número documento de identidad 901246498	DV 9	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones DEPENDIENTE
43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	TIPO NOMENCLATURA URBANA ☒ RURAL ☐	PARQUE INDUSTRIAL LOTE 3-H		
SILOGISTICATH@GMAIL.COM	3183543301	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL 20 ☐ NOVIEMBRE ☐ 2024 ☐	CARGO CONDUCTOR DE VEHICULOS PESA	OCCUPACIÓN
			SALARIO \$ 1.300.000	

IX. FIRMAS

Wilfredo Lasso Grijalba

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

Silogistica
Su aliado en Transporte de Camión

62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
NIT 901.246.498-9



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WILFREDO LASSO GRIJALBA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **12.845.362**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Noviembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

NIT. 891.500.182-0

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL SUBSIDIO FAMILIAR

No. 580638

 Diligencie este formulario
 en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	Indice de Aporte	PENSIONADO	Indice de Aporte
		0.6% 2%		0% 0.6% 2%
Regular	Regular	☐	Posibilidad 25 años	☐
Servicio Domestico	Taxista	☐	Menos de 1.5 BMB.V	☐
Madre Comunitaria	Facultativos	☐	Más de 1.5 BMB.V	☐
Veteranos	Colombiano en el Exterior	☐		

PARTE A

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT)

NIT: * C.C. T.I. C.E. PAS

SILGISTICA SAS

No. 901246498-9

PARTE B

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO
LASO	GRUJALBA	WILFREDO		1980 04 20	M ☒ F ☐
CUAL: No. 12845362					
ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO ☐ CASADO ☒ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO ☐					
SECTOR: ☐ URBANO ☒ RURAL					
TELÉFONO DEL LÍNEA: 3113962547					
TELÉFONO Fijo: _____					
E-MAIL: wilfredolassogrujalba@gmail.com					

FACTOR DE VULNERABILIDAD

- ☒ No disponible
- ☐ Cabeza de familia
- ☐ Desplazado
- ☐ Población migrante
- ☐ Ejercicio del trabajo sexual
- ☐ En condición de discapacidad
- ☐ Desmovilizado o reintegrado
- ☐ Hijos(as) de desmovilizados o reintegrados
- ☐ Damnificado de desastre natural
- ☐ Hijo(a) de madres cabeza de familia
- ☐ Población zonas frontera (nacionales)
- ☐ Víctima del conflicto armado (no desplazado)

NIVEL EDUCATIVO

- ☐ Preescolar
- ☐ Básica
- ☒ Secundaria
- ☐ Media
- ☐ Técnico / tecnológico
- ☐ Profesional universitario
- ☐ Posgrado / maestría
- ☐ Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

- ☐ Afrocolombiano
- ☐ Comunidad negra
- ☐ Indígena
- ☐ Raíz del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- ☐ Palenquero
- ☐ Romigilano
- ☒ No disponible

ORIENTACIÓN SEXUAL

- ☒ Heterossexual
- ☐ Homossexual
- ☐ Bisexual
- ☐ Información no disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA	OCCUPACIÓN / PROFESIÓN	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO MENSUAL
POPAYAN	☒ URBANO ☐ RURAL	2024 11 20	CONDUCTOR VEHIC PESADOS	230	VALOR 1300000

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 (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO

BANCOLOMBIA

Cta. Ahorros

Cta. Corriente

No Cuenta

06572474630

PARTE C

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	OCCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO

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	OCCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO

PARTE E

INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	C.T. PARENTESCO	IDENTIFICACIÓN	USO
				AÑO MES DÍA	F M I	D H P H H J C O E O R	C.C. T.I.C.E. PAS REGISTRO CIVIL (NUP)	RELACIONADO C.C.F.C.
								N/A

DECLARACIÓN:

Declaramos 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 1982. 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 1982.

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 todo lo necesario para el cumplimiento 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 he leído y comprendo 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 Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, garantiza la transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

De igual manera, autorizo a COMFACAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las personas a cargo, a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el pago de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

 Wilfredo Lasso Grujalba
 FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

NIT. 901246498-9

OBSERVACIONES

RECIBE	DIGITA	REVISY DIGITALIZA
FECHA 2024-11-20	FECHA	FECHA
NOMBRE COMFACAUCA EN LÍNEA	NOMBRE	NOMBRE

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA



comfacauc
al servicio del trabajador y su familia

SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR

2024-11-20

 MAYORES INFORMES: COMFACAUCA POPAYAN: Calle 2 Nro. 64-54 Barrio Modelo PBX: (0528) 231868 Ext: 120-122-190-221 FAX: 8203601 nomina@comfacauc.com - promociopos@comfacauc.com
 Santander de Quilichao: Calle 5 # 9-79 PBX: (0528) 292183 - Puerto Tejada: Cra. 20 # 16-25 Barrio El Centro Tel: (0528) 282189 - 282430 El Bordo: Cl. 7 # 4-33 PBX: 8262111
 Guapi: Calle 6 Vía principal Cl. 3104881793 - Miranda: Calle 7 13 B #51-73 PBX: 8281487 - 8476330 - www.comfacauc.com

VERSION 1 / Junio 28 de 2022 ORIGINAL

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

NIT 860.011.153-6

Otorgan la

Constancia de asistencia a:

**WILFREDO LASSO GRIJALBA
CC. 12845362**

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:

2024-11-18

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

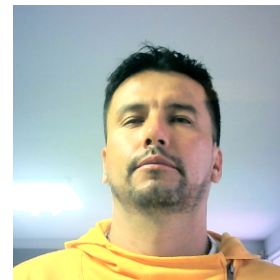
Ingreso

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

WILFREDO LASSO GRIJALBA

Documento de Identificación

CC12845362

Estado Civil

SOLTERO

Sexo

MASCULINO

Ocupación

Conductor Operario de vehículos de carga pesada Mixer.

Edad

44 años 6 meses 29 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO

País

COLOMBIA

Departamento

NARIÑO

Ciudad

LA UNIÓN

Dirección

LA UNION

Correo Electrónico

WILFREDOLASSOGRIJALBA@GMAIL.COM

Teléfono

3113962547

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

El servicio médico ocupacional de IMPACTO IPS con el/la Dr. DEILLY YOHANA NAZARENO ERAZO 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

Cumplimiento de los requisitos de salud para realizar las siguientes labores específicas:

Cumple con los requisitos de salud para trabajar en alturas

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

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

Audiometría

Visiometría

Perfil Lipídico

Glicemia

Psicosensométrico

RECOMENDACIONES MEDICO OCUPACIONALES

Hábitos y Estilos de Vida Saludables:

Habitos saludables.

Hacer deporte.

Dieta balanceada.

Recomendaciones médicas:

Examen visual de control en un año.

Recomendaciones ocupacionales:

Uso de EPP.

Pausas activas e higiene postural. CADA 2 HORAS 5 MINUTOS

Capacitación.

Observaciones y Recomendaciones Adicionales

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: PACIENTE APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR. EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES, EXAMEN NEUROLOGICO NORMAL, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, PRUEBAS PARA COORDINACION, EQUILIBRIO Y REFLEJOS NORMALES, SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS ESTRUCTICAS CADA 2 HORAS Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, VALORACIÓN ANUAL POR MEDICINA LABORAL. SIN DIAGNOSTICOS DE PATOLOGIAS DE ORIGEN 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 caracter confidencial



Yohana Nazareno E.

Deilly Yohana Nazareno Erazo
Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Registro: 06424

DEILLY YOHANA NAZARENO ERAZO
Registro Médico: 06424

Wifredo

WILFREDO LASSO GRIJALBA
CC12845362

FECHA DE CERTIFICADO:

2024-11-18

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

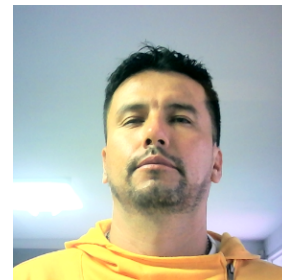
Ingreso

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

WILFREDO LASSO GRIJALBA

Documento de Identificación

CC12845362

Estado Civil

SOLTERO

Sexo

MASCULINO

Ocupación

Conductor Operario de vehículos de carga pesada Mixer.

Edad

44 años 6 meses 29 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO

País

COLOMBIA

Departamento

NARIÑO

Ciudad

LA UNIÓN

Dirección

LA UNION

Correo Electrónico

WILFREDOLASSOGRIJALBA@GMAIL.COM

Teléfono

3113962547

ANTECEDENTES PERSONALES

HTA	No	Deficiencia Auditiva	No
Hipoglicemia	No	Defectos de visión	No
Dislipidemia	No	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

EXAMEN NEUROLÓGICO NORMAL, SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO, PRUEBAS PARA COORDINACIÓN, EQUILIBRIO Y REFLEJOS NORMALES

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

Yohana Nazareno E.

Deilly Yohana Nazareno Erazo
Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Registro: 06424

DEILLY YOHANA NAZARENO ERAZO
Registro Médico: 06424

Wilfredo

WILFREDO LASSO GRIJALBA
CC12845362

FECHA DE CERTIFICADO:

2024-11-18

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

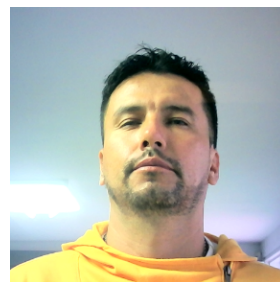
Ingreso

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

WILFREDO LASSO GRIJALBA

Documento de Identificación

CC12845362

Estado Civil

SOLTERO

Sexo

MASCULINO

Ocupación

Conductor Operario de vehículos de carga pesada Mixer.

Edad

44 años 6 meses 29 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO

País

COLOMBIA

Departamento

NARIÑO

Ciudad

LA UNIÓN

Dirección

LA UNION

Correo Electrónico

WILFREDOLASSOGRIJALBA@GMAIL.COM

Teléfono

3113962547

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

Observaciones

SIN ALTERACIONES

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

Yohana Nazareno E.

Deilly Yohana Nazareno Erazo
Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Registro: 06424

DEILLY YOHANA NAZARENO ERAZO
Registro Médico: 06424

Wilfredo

WILFREDO LASSO GRIJALBA
CC12845362