



Nº 43.212

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | |
| 11 DÍA | 02 MES | 2025 AÑO | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | | |
| | | | | Ciudad | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE | | | | | | |
| LAS BUSETICAS SAS | | | | LAS BUSETICAS SAS | | |
| 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) | | | | | | |
| BENITEZ ALZATE SERGIO ANDRES | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación |
| | | | | MASCULINO | 29 AÑOS | CC |
| Apellidos y Nombres | | | | | Tipo | Número |
| Cargo CONDUCTOR | | | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL) | | | | | | |
| Observaciones: NO APLICA | | | | | | |
| NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) | | | | | | N/A |
| RESTRICCIONES LABORALES | | | TIPO | RECOMENDACIONES | | |
| NO APLICA | | | NO APLICA | NO APLICA | | |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados: | | | | | | |
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEO muscular Y COLUMNA | | | ✓ | PRUEBA PSICOSENSOMETRICA | | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | | | ✓ | PSICOACTIVO | | ✓ |
| VISIOMETRÍA | | | ✓ | ALCOHOLIMETRIA | | ✓ |
| GLICEMIA | | | ✓ | ----- | | ----- |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | HÁBITOS SALUDABLES | |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | OTROS : USAR PROTECCIÓN AUDITIVA PERMANENTE PARA EXPOSICIÓN A RUIDO | | | HACER DEPORTE | |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | | | | DIETA BALANCEADA | |
| VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRÍA PARA CORRECCIÓN VISUAL | | | | | | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - ALCOHOLIMETRIA NEGATIVA - GLICEMIA NORMAL - PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA NO REACTIVA - ASISTIR A OPTOMETRÍA PARA CORRECCIÓN VISUAL | | | | | | |
| <p>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. De igual manera he sido notificado por parte del médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional.</p> | | | | | | |

Médico

Firma:

Nombre: CRUZ TOBON ANA MARIA

R. M.: CMC217-18888

L.S.O.: 2022060356577



Código de Seguridad

E117K1Q43212**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: BENITEZ ALZATE SERGIO ANDRES

CC: 1020469301



NIT : 901154336-9
 Cel. 301 251 9764
 Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
 gerenciamasmedicos@masmedellin.com

RECOMENDACIONES**Paciente:** BENITEZ ALZATE SERGIO ANDRES**Fecha:** 11/02/2025**Identificación:** CC: 1020469301**Fecha Nacimiento:** 20/07/1995**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 29 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** SOLTERO(A)**Dirección:** AV 45 A 3 68-27**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, USAR PROTECCION AUDITIVA PERMANENTE PARA EXPOSICION A RUIDO

RECOMENDACIONES MÉDICASUSAR CORRECCIÓN VISUAL, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO,
VALORACIÓN POR EPS: OPTOMETRIA PARA CORRECCION VISUAL**MÉDICO**

Firma:

Nombre: CRUZ TOBON ANA MARIA

R.M. CMC217-18888 L.S.O. 2022060356577

PACIENTE

Firma:

Nombre: BENITEZ ALZATE SERGIO ANDRES

CC: 1020469301