



Nº 49.211

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
01 DÍA	09 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)					
VERGARA VERBEL JOVAN ANDRES			Genero	Edad	Documento de Identificación
			MASCULINO	22 AÑOS	CC
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)					
Observaciones: NO APLICA					N/A
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)		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 OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA			✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA ✓	
AUDIOMETRÍA			✓	PSICOACTIVO ✓	
VISIONETRÍA			✓	ALCOHOLIMETRIA ✓	
GLICEMIA			✓	-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
<ul style="list-style-type: none"> - GLUCOMETRIA NORMAL, TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO - ALCOHOLIMETRIA NEGATIVO - DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO2) PRESENTA UNA DISMINUCIÓN EN EL AREA DE ATENCIÓN CONCENTRADA Y RESISTENCIA VIGILANTE A LA MONOTONÍA, APTO PARA DESEMPEÑAR LAS LABORES CONDUCCIÓN, CORRELACIONAR CON EXAMEN DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO. 					
<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*Raul Zapata*

Firma:

Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA

R. M.: 5065404

L.S.O.: S201706010407



Código de Seguridad

R117X1D49211**Aspirante o Trabajador***Jovan Andres Vergara Verbel*

Firma:

Nombre: VERGARA VERBEL JOVAN ANDRES

CC: 1003358713

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com**RECOMENDACIONES****Paciente:** VERGARA VERBEL JOVAN ANDRES**Fecha:** 01/09/2025**Identificación:** CC: 1003358713**Fecha Nacimiento:** 12/04/2003**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 22 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE**Dirección:** CRA 100 A 48 FA 7 INT 301**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO*Raul Zapata*

Firma:

Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA

R.M. 5065404 L.S.O. S2017060104075

PACIENTE*Jovan Andres Vergara Verbel*

Firma:

Nombre: VERGARA VERBEL JOVAN ANDRES

CC: 1003358713