



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43.336

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
14 DÍA	02 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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)							
VELEZ LOPEZ ANDRES FELIPE				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	24 AÑOS	CC	1007731041
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APLAZADO POR CONDICIÓN MÉDICA (REMITIDO A):							
Observaciones: <i>PACIENTE CON ALTERACION VISUAL, DEBE TRAER LENTES DE CORRECCION ADECUADAS PARA LEVANTAR APLAZAMIENTO</i>							
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 OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA				PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			
AUDIOMETRÍA				PSICOACTIVO			
VISIOMETRÍA				ALCOHOLIMETRIA			
GLICEMIA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES			
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA PARA CORRECCION VISUAL				DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-GLICEMIA NORMAL - PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA NO REACTIVA -ALCOHOLIMETRIA NEGATIVA - ASISTIR A OPTOMETRIA PARA CORRECCION VISUAL							
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.							

Médico

ANA CRUZ



Código de Seguridad

L117R1X43336

Aspirante o Trabajador

Andrés Velez

Firma: _____

Nombre: CRUZ TOBON ANA MARIA

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

Firma: _____

Nombre: VELEZ LOPEZ ANDRES FELIPE

CC: 1007731041



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com

RECOMENDACIONES

Paciente: VELEZ LOPEZ ANDRES FELIPE

Identificación: CC: 1007731041

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CR 76 # 92-86

Fecha: 14/02/2025

Fecha Nacimiento: 08/02/2001

Edad: 24 AÑOS

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: OPTOMETRIA PARA CORRECCION VISUAL

RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables

HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

ANA CRUZ

Firma: _____

Nombre: CRUZ TOBON ANA MARIA

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

PACIENTE

Andrés Velez

Firma: _____

Nombre: VELEZ LOPEZ ANDRES FELIPE

CC: 1007731041