



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

**N° 36.636**

|  |           |             |                                   |   |         |                                     |            |
|--|-----------|-------------|-----------------------------------|---|---------|-------------------------------------|------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN   |           |             |                                   | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL       |         |                                     |            |
| 09<br>DÍA  | 07<br>MES | 2024<br>AÑO | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)    | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO |         |                                     |            |
|  |           |             | 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)  |           |             |                                   |   |         |                                     |            |
| CORREA JIMENEZ SEBASTIAN   |           |             |                                   | Genero                                  | Edad    | Documento de Identificación         |            |
|  |           |             |                                   | MASCULINO                               | 30 AÑOS | CC                                  | 1037629753 |
| Apellidos y Nombres  |           |             |                                   |   |         | Tipo                                | Número     |
| Cargos<br><b>CONDUCTOR</b>   |           |             |                                   |   |         |                                     |            |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL<br><b>CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL</b>  |           |             |                                   |   |         |                                     |            |
| Observaciones: <b>NO APLICA PARA LA LABOR ASIGNADA</b>   |           |             |                                   |   |         |                                     |            |
| 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 |            |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE PARA CONDUCIR  |           |             | SVE VISUAL                        |   |         | HABITOS SALUDABLES                  |            |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO   |           |             | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL |   |         | DIETA BALANCEADA                    |            |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  |           |             |                                   |   |         |                                     |            |
| <p>- ALCOHOLIMETRIA NEGATIVO</p> <p>- DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (TIPO 1) NO PRESENTA NINGUNA DISMINUCIÓN PSICOMOTRIZ(SIN RASTRO) , TODOS LOS PARAMETROS DE EVALUACIÓN SE ENCUENTRA EN LOS CRITERIOS DE LA NORMALIDAD , ES APTO PARA DESEMPEÑAR LAS LABORES DE CONDUCCIÓN Y SE RECOMIENDA REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA SEGUN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA.</p> <p>- SE SUGIERE SOLICITAR CITA ANUAL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA EVALUACIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO</p>  |           |             |                                   |   |         |                                     |            |
| <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 Ospina

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404

L.S.O.: S201706010407



Código de Seguridad

W117C1136636

Aspirante o Trabajador

Sebastian Correa J

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: CORREA JIMENEZ SEBASTIAN

CC: 1037629753



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

RECOMENDACIONES

Paciente: CORREA JIMENEZ SEBASTIAN

Identificación: CC: 1037629753

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CLL 21 C# 40 20 INT 103

Fecha: 09/07/2024

Fecha Nacimiento: 19/10/1993

Edad: 30 AÑOS

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL: USO PERMANENTE PARA CONDUCIR

RECOMENDACIONES Hábitos y estilos de vida saludables

DIETA BALANCEADA, Hábitos saludables

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE VISUAL

MÉDICO

Raul Ospina

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404

L.S.O. S2017060104075

PACIENTE

Sebastian Correa J

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: CORREA JIMENEZ SEBASTIAN

CC: 1037629753