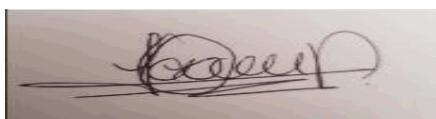




## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 42.153

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
11 DÍA	01 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO		
				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)						
RENGIFO BLANDON EDWARD				Genero	Edad	Documento de Identificación
				MASCULINO	38 AÑOS	CC
Apellidos y Nombres					Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL</b>						
Observaciones: <b>NO APLICA</b> <b>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		✓
VISIONETRÍA			✓	ALCOHOLIMETRIA		✓
GLICEMIA			✓	-----		-----
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : PERIODICAMENTE EN EL PROGRAMA DE CONTROL CARDIOVASCULAR DE LA EPS .		SVE CARDIOVASCULAR			HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEOMUSCULAR			HACER DEPORTE	
VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICION .					DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
<p>-GLUCOMETRIA : NORMAL , PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA : NO REACTIVA , ALCOHOLIMETRIA : NEGATIVA .</p> <p>-TRABAJADOR CON ANTECEDENTE DE CONDICION MEDICA CARDIOVASCULAR , AL MOMENTO DE LA CONSULTA ESTABLE DE SUS COMORBILIDADES , SE INSISTE EN LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DE ASISTIR AL PROGRAMA DE CONTROL CARDIOVASCULAR DE LA EPS .</p> <p>-DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (TIPO 1) NO PRESENTA NINGUNA DISMINUCIÓN PSICOMOTRIZ(SIN RASTRO) , TODOS LOS PARÁMETROS 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 SEGÚN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA.</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**

Firma:

Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R. M.: 5-1216-10

L.S.O.: 2017060104660



Código de Seguridad

**W117C1I42153****Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: RENGIFO BLANDON EDWARD

CC: 1077422208

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín  
gerenciamasmedicos@masmedellin.com**RECOMENDACIONES****Paciente:** RENGIFO BLANDON EDWARD**Fecha:** 11/01/2025**Identificación:** CC: 1077422208**Fecha Nacimiento:** 28/02/1986**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 38 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** CASADO(A)**Dirección:** CLL 86 # 43 B - 30**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

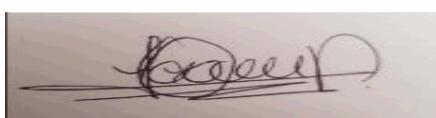
CONTINUAR MANEJO MÉDICO: PERIODICAMENTE EN EL PROGRAMA DE CONTROL CARDIOVASCULAR DE LA EPS . , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: POR NUTRICION .

**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

SVE CARDIOVASCULAR, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

**MÉDICO**

Firma:

Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R.M. 5-1216-10 L.S.O. 2017060104660

**PACIENTE**

Firma:

Nombre: RENGIFO BLANDON EDWARD

CC: 1077422208