



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 47.970

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

| | | | | |
|-----------|-----------|-------------|--------------------------------|--|
| 26 DÍA | 07 MES | 2025 AÑO | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL 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)

CASTRO RAMOS WILMAN ADRIAN

| | | |
|-----------|---------|-----------------------------|
| Genero | Edad | Documento de Identificación |
| MASCULINO | 29 AÑOS | CC 1096484517 |

Apellidos y Nombres

| | |
|------|--------|
| Tipo | Número |
|------|--------|

Cargo

OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL

Observaciones: **NO APLICA**

PARA LA LABOR ASIGNADA

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

DEJAR DE FUMAR

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

SVE OSTEOMUSCULAR

HÁBITOS SALUDABLES

ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA

HACER DEPORTE

DIETA BALANCEADA

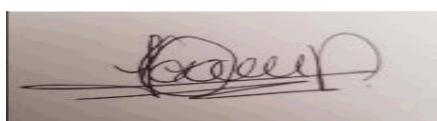
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

-GLUCOMETRIA : NORMAL , PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA : NO REACTIVA

-PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA : NEGATIVA

-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.

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.

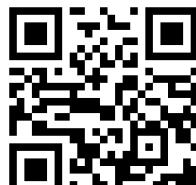
Médico

Firma:

Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

R. M.: 5-1216-10

L.S.O.: 2017060104660



Código de Seguridad

U117A1G47970**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: CASTRO RAMOS WILMAN ADRIAN

CC: 1096484517



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com**RECOMENDACIONES****Paciente:** CASTRO RAMOS WILMAN ADRIAN**Identificación:** CC: 1096484517**Cargo:** OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA**Género:** MASCULINO**Dirección:** CAR 42 30CC 34**Fecha:** 26/07/2025**Fecha Nacimiento:** 30/11/1995**Edad:** 29 AÑOS**Estado Civil:** SOLTERO(A)**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, DEJAR DE FUMAR, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

MÉDICO

Firma:

Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

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

PACIENTE

Firma:

Nombre: CASTRO RAMOS WILMAN ADRIAN

CC: 1096484517