



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

**N° 42.150**

|  |           |             |   |   |         |                                     |          |
|--|-----------|-------------|---|---|---------|-------------------------------------|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN   |           |             |   | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL       |         |                                     |          |
| 11<br>DÍA  | 01<br>MES | 2025<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)  |           |             |   |   |         |                                     |          |
| CARDONA RIOS JESUS ALONSO  |           |             |   | Genero                                  | Edad    | Documento de Identificación         |          |
|  |           |             |   | MASCULINO                               | 69 AÑOS | CC                                  | 70122277 |
| Apellidos y Nombres  |           |             |   |   |         | Tipo                                | Número   |
| Cargo<br><b>CONDUCTOR</b>  |           |             |   |   |         |                                     |          |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL<br><b>CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE 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                     |          |
| ACTIVIDADES DE CONDUCCION  |           |             |   | PERMANENTE                              |         | 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   |           |             | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL                                     |   |         | HÁBITOS SALUDABLES                  |          |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO   |           |             | SVE OSTEOMUSCULAR   |   |         | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA           |          |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO   |           |             | OTROS : REQUIERE EN ADELANTE CONTROL SEMESTRAL EN LA IPS MASMEDICOS . |   |         | HACER DEPORTE                       |          |
| ESPECIALISTA : NEUROLOGIA .  |           |             |   |   |         | DIETA BALANCEADA                    |          |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  |           |             |   |   |         |                                     |          |
| <p>-GLUCOMETRIA : NORMAL , PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA : NO REACTIVA , ALCOHOLIMETRIA : NEGATIVA .</p> <p>-TRABAJADOR CON ANTECEDENTE DE CONDICIÓN MEDICA DE ORIGEN NEUROLÓGICO ESTABLE EN EL TIEMPO , EN SEGUIMIENTO POR MEDICO ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA , DEBE CONTINUAR CONTROLES SEMESTRALES EN LA IPS MASMEDICOS .</p> <p>- DEBE PRESENTAR HISTORIA CLÍNICA DE NEUROLOGÍA DE LA PROXIMA CONSULTA DEL 02/02/2025 EN LA CUAL SE EVIDENCIE CONCEPTO DE NEUROLOGÍA .</p> <p>-DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE EVIDENCIA EN LA ALTERACIÓN EN ALGUNOS PARÁMETROS DE LA PRUEBA. ESTE RESULTADO NO GENERA RESTRICCIONES PARA LAS LABORES DE CONDUCCIÓN PERO SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN PRACTICO DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO.</p> <p>-EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 85 DB POR MAS DE 8 HORAS , EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES O AUDÍFONOS , EVITAR EXPOSICIÓN A MÚSICA A ALTO VOLUMEN . MANEJAR CON VIDRIOS CERRADOS</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

**P117V1B42150**

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: CARDONA RIOS JESUS ALONSO

CC: 70122277



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

RECOMENDACIONES

Paciente: CARDONA RIOS JESUS ALONSO

Identificación: CC: 70122277

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: BUENOS AIRES

Fecha: 11/01/2025

Fecha Nacimiento: 11/08/1955

Edad: 69 AÑOS

Estado Civil: CASADO(A)

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables

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

RECOMENDACIONES Ocupacionales

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR, REQUIERE EN ADELANTE CONTROL SEMESTRAL EN LA IPS MASMEDICOS .

RECOMENDACIONES Médicas

USAR CORRECCIÓN VISUAL, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, ESPECIALISTA: NEUROLOGIA .

MÉDICO

Firma:



Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R.M. 5-1216-10

L.S.O. 2017060104660

PACIENTE

Firma:



Nombre: CARDONA RIOS JESUS ALONSO

CC: 70122277