



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43.195

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
11 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)							
ORTIZ ORTIZ NELSON ALBERTO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	46 AÑOS	CC	71335378
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>							
Observaciones: NO APLICA							
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			SVE AUDITIVO			HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>- GLUCOMETRIA NORMAL, TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO</p> <p>- ALCOHOLIMETRIA NEGATIVO</p> <p>- SOLICITAR VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL Y/O NUTRICIÓN EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA EL CONTROL DE SU ALTERACIÓN DEL PESO CORPORAL. ESTA CONDICIÓN NO LE GENERA RESTRICCIONES PARA LABORAR</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>- 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. SE SUGIERE AUDIOMETRIA CONTROL EN 6 MESES</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.: S2017060104075



Código de Seguridad

J117P1V43195

Aspirante o Trabajador

Nelson Ortiz

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

Nombre: ORTIZ ORTIZ NELSON ALBERTO

CC: 71335378



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

RECOMENDACIONES

Paciente: ORTIZ ORTIZ NELSON ALBERTO

Identificación: CC: 71335378

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CLL 64 CRA 63 - 9

Fecha: 11/02/2025

Fecha Nacimiento: 18/09/1978

Edad: 46 AÑOS

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES Ocupacionales

SVE AUDITIVO, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES Médicas

USAR CORRECCIÓN VISUAL, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

MÉDICO

Raul Ospina

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

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O. S2017060104075

PACIENTE

Nelson Ortiz

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

Nombre: ORTIZ ORTIZ NELSON ALBERTO

CC: 71335378