



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 46.020

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17 DÍA	05 MES	2025 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)							
PINEDA FRANCO ALVARO DAVID				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	54 AÑOS	CC	98552086
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: APORTAR RESULTADO DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA ACTUALIZADA 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		✓	
VISIONOMETRÍA		✓		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 VISUAL		HABITOS SALUDABLES			
USAR CORRECCIÓN VISUAL : DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR.		SVE CARDIOVASCULAR		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HACER DEPORTE			
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE OSTEOMUSCULAR		DIETA BALANCEADA			
VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICION .							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>-GLUCOMETRIA :ANORMAL( SIN AYUNO ) , PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA : NO REACTIVA</p> <p>-PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA : NEGATIVA .</p> <p>- TRABAJADOR CON ANTECEDENTE DE CONDICIÓN MEDICA DE ORIGEN METABÓLICO Y CARDIOVASCUALR , 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 , ADICIONALMENTE SE LE SOLICITA RESULTADO DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA ACTUALIZADO.</p> <p>-DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (TIPO1) NO PRESENTA NINGUNA DISMINUCION PSICOMOTRIZ(SIN RASTRO,TODOS LOS PARAMETROS DE EVALUACION SE ENCUENTRA EN LOS CRITERIOS DE NORMALIDAD, ES APTOPARA DESEMPEÑAR LABORES DE CONDUCCION Y SE RECOMIENDA REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA SEGUN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA.</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.

## Médico

Firma:

Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R. M.: 5-1216-10

L.S.O.: 2017060104660



Código de Seguridad

**U117A1G46020**

## Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PINEDA FRANCO ALVARO DAVID

CC: 98552086

**MASMEDICOS**  
Especialistas en tu Empresa

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

## RECOMENDACIONES

Paciente: PINEDA FRANCO ALVARO DAVID

Identificación: CC: 98552086

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CR 75 B # 95-08

Fecha: 17/05/2025

Fecha Nacimiento: 11/08/1970

Edad: 54 AÑOS

Estado Civil: CASADO(A)

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

## RECOMENDACIONES MÉDICAS

CONTINUAR MANEJO MÉDICO: PERIODICAMENTE EN EL PROGRAMA DE CONTROL CARDIOVASCULAR DE LA EPS , USAR CORRECCIÓN VISUAL: DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR. , 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 VISUAL, 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: PINEDA FRANCO ALVARO DAVID

CC: 98552086