


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
Nº 4.038

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
12 DÍA	05 MES	2025 AÑO	ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA)	PSICOSENSOMETRICO + EMO INGRESO			
				Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				INVERSIONES CONSUMAR S.A.S			
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)							
MORALES GOMEZ JHON ALEXANDER				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	44 AÑOS 4 MESES 27 DÍAS	CC	80123439
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo AUXILIAR DE BODEGA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APROBADO SIN NINGUNA ENFERMEDAD O DEFECTO QUE DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL							
Observaciones: APTO PARA DESEMPEÑAR SUS FUNCIONES							
NO APLICA	PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS						
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ALTURAS						
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS						
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA	NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				✓	VISSIMETRÍA	✓	
AUDIOMETRÍA				✓	PSICOLOGÍA + COORDINACIÓN MOTRIZ	✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SE EXPLICAN LOS RESULTADO DE SU VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN QUE DEBE TOMAR							
<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.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
							
Firma:				Firma:			
Nombre: GOMEZ RESTREPO JULIO CESAR				Nombre: MORALES GOMEZ JHON ALEXANDER			
R. M.: 1128399432		L.S.O.:		Código de Seguridad		CC:	
				0825U1A4038		80123439	



CERTIFICADO PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA

Resolución Mintransporte 275 del 13/02/2020

Registro IPS 6300101699-01

Pruebas realizadas bajo los parámetros del anexo I de la Resolución 217 del 31/01/2014 Ministerio de Transporte

DATOS PERSONALES

Nº: 1,207

Nombres y Apellidos: MORALES GOMEZ JHON ALEXANDER CC: 80123439 Dirección: CALLE 20 # 31-40 CALARCA
Teléfono: 3112253348 Celular: 3112253348 Fecha Atención: 12/05/2025 02:57:10p. m.

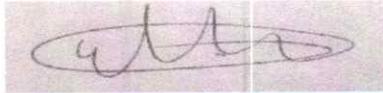
RESULTADOS POR ÁREA

PSICOLOGÍA	YULIETH VIVIANA TELLEZ DE LA PAVA	C.C 1094942548	REG. M	165341
NO SE EVIDENCIA ALTERACION EMOCIONAL NI PERTURBACION DEL COMPORTAMIENTO. SUS FUNCIONES COGNITIVAS Y MOTRICES SE OBSERVAN CONSERVADAS. NIEGA IDEACION SUICIDA APTO				

El suscripto médico certificador; basado en la evaluación médica realizada por los especialistas del Centro de Reconocimiento de Conductores, Institución Prestadora de Servicios de Salud, autorizada por el Ministerio de Transporte para la evaluación y certificación de conductores bajo los parámetros de la Resolución 217 del 31 de Enero de 2014 y sus anexos CERTIFICA que la empresa INVERSIONES CONSUMAR S.A.S; solicito la evaluación del conductor y o persona de acuerdo con los parámetros relacionados para obtener el Certificado Psicosensométrico.

El presente Certificado no tiene validez para realizar Renovación, Recategorización o Licencia de conducción por Primera Vez.

CERTIFICADOR



Firma:
Nombre: TELLEZ DE LA PAVA YULIETH VIVIANA
R. M.: 165341

FIRMA EVALUADO



Código de Seguridad
S825Y51E4833

Firma:
Nombre: MORALES GOMEZ JHON ALEXANDER
CC: 80123439

Declaro bajo la gravedad de juramento, que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial médico o diagnóstico clínico, corresponde estrictamente y están apegados a la verdad.

**AUDIOMETRIA**

Atención N°: 1262

DATOS PERSONALES

Fecha: 12/05/2025 Ciudad: ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA)

Tipo Exámen: PSICOSENSOMETRICO + EMO INGRESO

Eps:

CC: 80123439 Nombre: MORALES GOMEZ JHON ALEXANDER

Edad: 44 AÑOS 4 MESES 27 DÍAS Genero: MASCULINO

Fecha Nacimiento: 14/12/1980 Empresa: INVERSIONES CONSUMAR S.A.S

Ocupacion: AUXILIAR DE BODEGA

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Protección	Tolerancia	Años	Meses
INVERSIONES CONSUMAR	AUXILIAR DE BODEGA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 24 Hora(s) Realizó re test: SI Uso Cabina Sonoamortiguada: SI

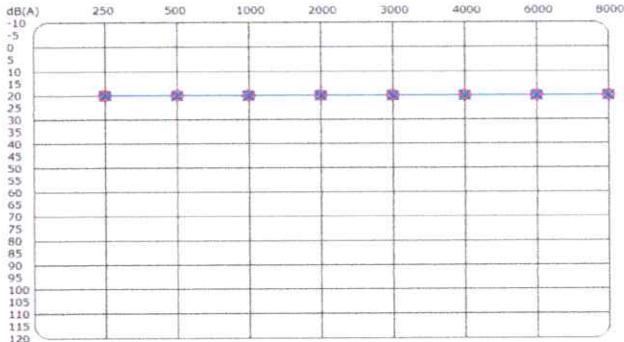
Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLIVOX 170 F. Última Calibración: 2022-05-05

: Vía aérea del OD : Vía aérea del OI
 : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL

Oído izquierdo: NORMAL

**SEVERIDAD - CAOHC**

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION**OBSERVACION**

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO

Observaciones

SENSIBILIDAD PERIFERICA AUDITIVA NORMAL

FONOaudiólogo

Firma:

Nombre: CHOCUE TUMBO BERNARDO

R. M.: 1060103238

L.S.O.:



Código de Seguridad

Y825E2K1262

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: MORALES GOMEZ JHON ALEXANDER

CC: 80123439



EXAMEN DE VISIONETRÍA

Atención N°: 1,589
DATOS PERSONALES

Fecha: 12/05/2025 Municipio: ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA) CC: 80123439 Nombre: MORALES GOMEZ JHON ALEXANDER Edad: 44 AÑOS 4
 Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: AUXILIAR DE BODEGA Empresa: INVERSIONES CONSUMAR S.A.S
 Eps: _____ Tipo Evaluación Medica: PSICOSENSOMETRICO + EMO INGRESO F. Último Examen: 1 AÑO
 Lugar del Último Examen: CRC ARMENIA Motivo Consulta: CONTROL

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	NO
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAЕ RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	1 AÑO
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS
SINTOMATOLOGÍA

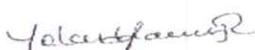
ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/25	0.75M	N/A	NA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/25	0.75M	N/A	NA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	0.75M	N/A	NA	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	PROFESIONAL	2 - DIGNÓSTICO CONFIRMADO NUEVO

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:
OPTOMETRA


Firma:

 Nombre: RAMIREZ RIOS ALBA YOLANDA

 R. M.: 4131

L.S.O.:



Código de Seguridad

A825G3M1589
PACIENTE

Firma:

 Nombre: MORALES GOMEZ JHON ALEXANDER

 CC: 80123439