



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 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	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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
Apellidos y Nombres			MASCULINO	44 AÑOS 4 MESES 27 DÍAS
			Documento de Identificación	CC 80123439
			Tipo	Número
Cargos				
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		✓	VISIONOMETRÍA	
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				
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.				
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: 80123439	
		O825U1A4038		

**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 suscrito 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 VIVIANAR. M.: 165341

Código de Seguridad

S825Y51E4833**FIRMA EVALUADO**

Firma:

Nombre:

CC:

MORALES GOMEZ JHON ALEXANDER80123439

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 estan apegados a la verdad.



AUDIOMETRIA

Atención N°: 1262

DATOS PERSONALES					
Fecha:	12/05/2025	Ciudad:	ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA)		
Tipo Exámen:	PSICOSENSOMETRICO + EMO INGRESO				
CC:	80123439	Nombre:	MORALES GOMEZ JHON ALEXANDER	Edad:	44 AÑOS 4 MESES 27 DÍAS
Fecha Nacimiento:	14/12/1980	Empresa:	INVERSIONES CONSUMAR S.A.S	Ocupación:	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		

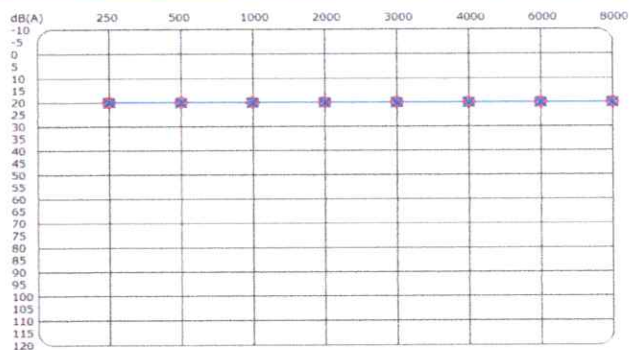
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL			
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA			
Descanso auditivo(Horas):	24 Hora(s)	Realizó re test:	SI
Marca y Referencia audiómetro utilizado:	AMPLIVOX 170	Uso Cabina Sonoamortiguada:	SI
		F. Última Calibración:	2022-05-05

☐ : Via aérea del OD ☒ : Via aérea del OI
☒ : Via ósea del OD (sin enmascarar OI) ☐ : Via ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA	
Oído derecho:	NORMAL
Oído izquierdo:	NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	20	20	20	20	20	20	20	20
VAOI	20	20	20	20	20	20	20	20



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

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	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

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: CHOCUE TUMBO BERNARDO

R. M.: 1060103238

L.S.O.:


Código de Seguridad
Y825E2K1262

Firma:

Nombre: MORALES GOMEZ JHON ALEXANDER

CC

80123439

**EXAMEN DE VISIOMETRÍA****DATOS PERSONALES**

Atención N°: 1,589

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 Médica: 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
TRAE 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 CORRECCIÓN	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