



N° 52.170

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
27 DÍA	11 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							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
TRANSPORTES SAMBUSES S.A.S				TRANSPORTES SAMBUSES S.A.S			
CIU (Actividad Económica) del empleador:							
SIN REGISTRAR							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
Apellidos y Nombres				Género	Edad	Documento de Identificación	
LONDOÑO AGUDELO LUIS FELIPE				MASCULINO	34 AÑOS 10 MESES 10 DÍAS	CC	1035424986
						Tipo	Número
Cargo							
CONDUCTOR							
EPS		AFP			ARL		
SANITAS		PROTECCION			NO REFIERE		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
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				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DEJAR DE FUMAR	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO						HÁBITOS SALUDABLES	
						CONTROL DE PESO	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO							
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: _____ Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA R. M.: 5065404 L.S.O.: S2017060104075				 Firma: _____ Nombre: LONDOÑO AGUDELO LUIS FELIPE CC: 1035424986			
				 Código de Seguridad R117X1D52170			

RECOMENDACIONES

Paciente: LONDOÑO AGUDELO LUIS FELIPE

Fecha: 27/11/2025

Identificación: CC: 1035424986

Fecha Nacimiento: 17/01/1991

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 34 AÑOS 10 MESES 10 DÍAS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: COPACABANA

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

DEJAR DE FUMAR, HáBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raul Zapata

Firma: _____

Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA

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

PACIENTE

Luis Felipe Londoño

Firma: _____

Nombre: LONDOÑO AGUDELO LUIS FELIPE

CC: 1035424986