



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

**N° 49.207**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
01 DÍA	09 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)							
GALVIZ CARDONA JHON EDIER				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	25 AÑOS	CC	1002899330
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: <b>NO APLICA</b>							
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	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR.			SVE VISUAL			HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			SVE OSTEOMUSCULAR			HACER DEPORTE	
ESPECIALISTA : ANUALMENTE POR NEFROLOGIA .						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
GLUCOMETRIA : NORMAL , PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA : NO REACTIVA ALCOHOLIMETRIA : NEGATIVA							
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				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO				Nombre: GALVIZ CARDONA JHON EDIER			
R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660				CC: 1002899330			



Código de Seguridad

**G117M1S49207**

## RECOMENDACIONES

**Paciente:** GALVIZ CARDONA JHON EDIER

**Fecha:** 01/09/2025

**Identificación:** CC: 1002899330

**Fecha Nacimiento:** 25/02/2000

**Cargo:** CONDUCTOR

**Edad:** 25 AÑOS

**Género:** MASCULINO

**Estado Civil:** SOLTERO(A)

**Dirección:** CRA 40 A 21 73

**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

### RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables

HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE VISUAL, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

### RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL: DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR. , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, ESPECIALISTA: ANUALMENTE POR NEFROLOGIA .

## MÉDICO

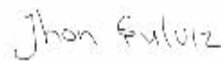


**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

**R.M.** 5-1216-10 **L.S.O** 2017060104660

## PACIENTE



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

**Nombre:** GALVIZ CARDONA JHON EDIER

**CC:** 1002899330