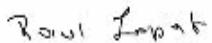




Nº 51.114

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
28 DÍA	10 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTES SAMBUSES S.A.S				TRANSPORTES SAMBUSES 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)							
BUSTAMANTE BEDOYA VICTOR ADOLFO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	31 AÑOS	CC	1017223609
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)						<b>N/A</b>	
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
NO APLICA				NO APLICA	NO APLICA		
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEO muscular Y COLUMNA				✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	✓	
AUDIOMETRÍA				✓	PSICOACTIVO	✓	
VISIOMETRÍA				✓	-----	-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES		
					CONTROL DE PESO		
					DIETA BALANCEADA		
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO</li> <li>- SE SUGIERE SOLICITAR CITA ANUAL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA EVALUACIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO</li> </ul>							
<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.</p>							
<b>Médico</b>				<b>Aspirante o Trabajador</b>			
							
Firma:				Firma:			
Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA				Nombre: BUSTAMANTE BEDOYA VICTOR ADOLFO			
R. M.: 5065404		L.S.O.: S201706010407		Código de Seguridad		CC: 1017223609	
S117Y1E51114							

## RECOMENDACIONES

**Paciente:** BUSTAMANTE BEDOYA VICTOR ADOLFO

**Fecha:** 28/10/2025

**Identificación:** CC: 1017223609

**Fecha Nacimiento:** 31/08/1994

**Cargo:** CONDUCTOR

**Edad:** 31 AÑOS

**Género:** MASCULINO

**Estado Civil:** SOLTERO(A)

**Dirección:** CL 86 # 93 A 88

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

## RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

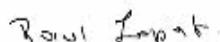
## RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

## RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

## MÉDICO



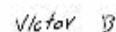
Firma:

Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA

R.M. 5065404

L.S.O S2017060104075

## PACIENTE



Firma:

Nombre: BUSTAMANTE BEDOYA VICTOR ADOLFO

CC: 1017223609