



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 49.849

| | | | | | | |
|--|-----------|-----------------------------------|--------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | |
| 18 DÍA | 09 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) | | | | | | |
| CANO VASQUEZ SEBASTIAN | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación |
| | | | | MASCULINO | 27 AÑOS | CC |
| Apellidos y Nombres | | | | | Tipo | Número |
| Cargo CONDUCTOR | | | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL) | | | | | | |
| Observaciones: NO APLICA | | | | | | |
| 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 OSTEO muscular Y COLUMNA | | | ✓ | PRUEBA PSICOSENSOMETRICA | | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | | | ✓ | PSICOACTIVO | | ✓ |
| VISIOMETRÍA | | | ✓ | ----- | | ----- |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | SVE CARDIOVASCULAR | | | HABITOS SALUDABLES | |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | CONTROL DE PESO | |
| VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA INTERNA-NUTRICIÓN | | SVE OSTEO muscular | | | DIETA BALANCEADA | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO - EXAMEN PSICOSENSOMETRICO (TIPO 3) SE EVIDENCIA POR FUERA DE LOS RANGOS DE LA NORMALIDAD. ESTE RESULTADO NO GENERA RESTRICCIONES PARA LAS LABORES DE CONDUCCIÓN, PERO SE RECOMIENDA CORRELACIONAR CON EXAMEN PRACTICO DE CONDUCCIÓN Y REALIZAR NUEVAMENTE LA PRUEBA EN UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO. - SOLICITAR VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICIÓN EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA EL CONTROL DE SU ALTERACIÓN DEL PESO CORPORAL. ESTA CONDICIÓN NO LE GENERA RESTRICCIONES PARA LABORAR - SOLICITAR CITA CON MÉDICO GENERAL DE SU EPS PARA VALORACIÓN Y TRATAMIENTO; REALIZAR TOMA SERIADA DE CIFRAS TENSIONALES O EL MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESIÓN ARTERIAL | | | | | | |
| <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> | | | | | | |

Médico

Raoul Zapata

Firma:

Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA

R. M.: 5065404

L.S.O.: S2017060104075



Código de Seguridad

A117G1M49849**Aspirante o Trabajador**

Sebastián Cano

Firma:

Nombre: CANO VASQUEZ SEBASTIAN

CC: 1017258417



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín
gerenciamasmedicos@masmedellin.com**RECOMENDACIONES****Paciente:** CANO VASQUEZ SEBASTIAN**Fecha:** 18/09/2025**Identificación:** CC: 1017258417**Fecha Nacimiento:** 19/04/1998**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 27 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** SOLTERO(A)**Dirección:** CORREGIMIENTO SAN CRISTOBAL**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: MEDICINA INTERNA- NUTRICIÓN

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE CARDIOVASCULAR, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

MÉDICO

Raoul Zapata

Firma:

Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA

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

PACIENTE

Sebastián Cano

Firma:

Nombre: CANO VASQUEZ SEBASTIAN

CC: 1017258417