



Nº 51.182

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	10 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
			Ciudad
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			

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, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

VELASQUEZ LONDOÑO SANTIAGO ANDRES	Genero	Edad	Documento de identificación	
	MASCULINO	20 AÑOS	CC	1031940238
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 COLUMNAS	<input checked="" type="checkbox"/>	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	<input checked="" type="checkbox"/>
AUDIOMETRÍA	<input checked="" type="checkbox"/>	PSICOACTIVO	<input checked="" type="checkbox"/>
VISSIMETRÍA	<input checked="" type="checkbox"/>	-----	<input checked="" type="checkbox"/>

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		DIETA BALANCEADA

### OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO
- SOLICITAR VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL Y/O NUTRICIÓN EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA EL CONTROL DE SU ALTERACIÓN DEL PESO CORPORAL. ESTA CONDICIÓN NO LE GENERA RESTRICCIONES PARA LABORAR

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor 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, 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 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 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 ante 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 evaluación médica ocupacional.

**Médico**

**Aspirante o Trabajador**

Raul Zapata



Código de Seguridad

Firma:

Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA

R. M.: 5065404

L.S.O.: S2017060104078

Firma:

Nombre: VELASQUEZ LONDOÑO SANTIAGO ANDRES

CC: 1031940238

**RECOMENDACIONES****Paciente:** VELASQUEZ LONDOÑO SANTIAGO ANDRES**Fecha:** 29/10/2025**Identificación:** CC: 1031940238**Fecha Nacimiento:** 16/01/2005**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 20 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** SOLTERO(A)**Dirección:** CRA 109 A # 62 95**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

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

**MÉDICO****PACIENTE****Firma:** \_\_\_\_\_**Nombre:** CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA**R.M.** 5065404**L.S.O.** S2017060104075**Firma:** \_\_\_\_\_**Nombre:** VELASQUEZ LONDOÑO SANTIAGO ANDRES**CC:** 1031940238