



Nº 53.239

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
05 DÍA	01 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
				Ciudad	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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
ANGEE OCAMPO SIMÓN STEFAN			MASCULINO	32 AÑOS 11 MESES 9 DÍAS	CC Número
Tipo					
Cargo					
CONDUCTOR					
EPS	AFP	ARL			
SALUD TOTAL	PORVENIR	NO REFIERE			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)					
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	✓
VISIONETRÍA			✓	-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE AUDITIVO		HÁBITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
<ul style="list-style-type: none"> - TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO - EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 85 DB POR MAS DE 8 HORAS , EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES O AUDÍFONOS , EVITAR EXPOSICIÓN A MÚSICA A ALTO VOLUMEN . MANEJAR CON VIDRIOS CERRADOS. SE SUGIERE AUDIOMETRÍA CONTROL EN 6 MESES. 					
<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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>					
Médico			Aspirante o Trabajador		
					
Firma:			Firma:		
Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA			Nombre: ANGEE OCAMPO SIMÓN STEFAN		
R. M.: 5065404		L.S.O.: S2017060104075		CC: 1037624866	
 Código de Seguridad J117P1V53239					

RECOMENDACIONES**Paciente:** ANGEE OCAMPO SIMÓN STEFAN**Fecha:** 05/01/2026**Identificación:** CC: 1037624866**Fecha Nacimiento:** 26/01/1993**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 32 AÑOS 11 MESES 9 DÍAS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE**Dirección:** CARRERA 22 45-41**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE AUDITIVO, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO*Raúl Zapata***Firma:** _____**Nombre:** CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA**R.M.** 5065404**L.S.O.** S2017060104075**PACIENTE***Angee***Firma:** _____**Nombre:** ANGEE OCAMPO SIMÓN STEFAN**CC:** 1037624866