



N° 55.730

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
12 DÍA	03 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO							
			Ciudad								
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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					
VIECO TABORDA VERONICA				FEMENINO	30 AÑOS 8 MESES 10 DÍAS	CC	1037643300				
						Tipo	Número				
Cargos											
AUXILIAR CONTABLE											
EPS		AFP			ARL						
SURA		PROTECCION			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				✓	VISIOMETRÍA						
AUDIOMETRÍA				✓	-----						
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS 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						HACER DEPORTE					
						DIETA BALANCEADA					
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.											
Médico				Aspirante o Trabajador							
 Firma: _____ Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO R. M.: 5-1216-10 L.S.O.: 2017060104660				 Código de Seguridad A117G1M55730				 Firma: _____ Nombre: VIECO TABORDA VERONICA CC: 1037643300			

RECOMENDACIONES

Paciente: VIECO TABORDA VERONICA

Fecha: 12/03/2026

Identificación: CC: 1037643300

Fecha Nacimiento: 02/07/1995

Cargo: AUXILIAR CONTABLE

Edad: 30 AÑOS 8 MESES 10 DÍAS

Género: FEMENINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CLL 39 B SUR # 24 EE 64

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

RECOMENDACIONES MÉDICAS

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

MÉDICO

Firma: _____

Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO

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

PACIENTE

Firma: _____

Nombre: VIECO TABORDA VERONICA

CC: 1037643300