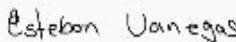




## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 51.084

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
27 DÍA	10 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO							
			Ciudad								
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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)											
VANEGAS JARAMILLO JHON ESTEBAN				Genero	Edad	Documento de Identificación					
Apellidos y Nombres				MASCULINO	32 AÑOS	CC	1040369969				
Carga				Tipo							
CONDUCTOR				Número							
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 OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA				✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA						
AUDIOMETRÍA				✓	PSICOACTIVO						
VISIONOMETRÍA				✓	-----						
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES					
USAR CORRECCIÓN VISUAL			SVE VISUAL			HABITOS SALUDABLES					
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA					
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO			SVE OSTEOMUSCULAR			HACER DEPORTE					
						DIETA BALANCEADA					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES											
-PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA : NO REACTIVA .											
<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				Aspirante o Trabajador							
 Firma: _____ Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO R. M.: 5-1216-10      L.S.O.: 2017060104660				 Código de Seguridad <b>0117U1A51084</b>				 Firma: _____ Nombre: VANEGAS JARAMILLO JHON ESTEBAN CC: 1040369969			

## RECOMENDACIONES

**Paciente:** VANEGAS JARAMILLO JHON ESTEBAN

**Fecha:** 27/10/2025

**Identificación:** CC: 1040369969

**Fecha Nacimiento:** 07/10/1993

**Cargo:** CONDUCTOR

**Edad:** 32 AÑOS

**Género:** MASCULINO

**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE

**Dirección:** CL 63 AE # 17 F 155

**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, SVE OSTEOMUSCULAR

### RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL, 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:** VANEGAS JARAMILLO JHON ESTEBAN

**CC:** 1040369969