



Nº 50.961

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN 23 DÍA 10 MES 2025 AÑO MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL 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. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte) QUINTERO SANCHEZ JOSE REINEL Genero Edad Documento de Identificación Apellidos y Nombres MASCULINO 28 AÑOS CC 1097729813 Apellidos y Nombres Tipo Número | | | | | | |
| Cargo CONDUCTOR CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO) Observaciones: NO APLICA | | | | | | |
| NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) | | | | | | N/A |
| RESTRICCIONES LABORALES NO APLICA | | TIPO NO APLICA | | RECOMENDACIONES NO APLICA | | |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados: | | | | | | |
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA AUDIOMETRÍA VISIONETRÍA | |  PRUEBA PSICOSENSOMETRICA  PSICOACTIVO  | |    | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES HABITOS SALUDABLES DIETA BALANCEADA | | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES - PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA : NO REACTIVA | | | | | | |
| 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. | | | | | | |
| Médico  | | Aspirante o Trabajador  | | | | |
| Firma: Nombre: CC: 1128437035 - JENIFER GIRALDO R. M.: 1128437035 L.S.O.: 2019060049430 | | Firma: Nombre: QUINTERO SANCHEZ JOSE REINEL CC: 1097729813 | | | | |
| Código de Seguridad B117H1N50961 | | | | | | |

RECOMENDACIONES

Paciente: QUINTERO SANCHEZ JOSE REINEL

Fecha: 23/10/2025

Identificación: CC: 1097729813

Fecha Nacimiento: 21/07/1997

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 28 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: URBANIZACION PARQUE SANTA FE

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

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

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO



Firma: _____

Nombre: CC: 1128437035 - JENIFER GIRALDO

R.M. 1128437035 **L.S.O.** 2019060049430

PACIENTE



Firma: _____

Nombre: QUINTERO SANCHEZ JOSE REINEL

CC: 1097729813