



N° 52.054

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
24 DÍA	11 MES	2025 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			SAMBUSES S.A.S		
CIIU (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
CELIS ZAPATA SEBASTIAN			MASCULINO	31 AÑOS 5 MESES 15 DÍAS	CC Número
Tipo					
Cargo CONDUCTOR					
EPS		AFP		ARL	
SURA		COLEPNISIONES		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 VISUAL			HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICION .		SVE OSTEOMUSCULAR			HACER DEPORTE
					DIETA BALANCEADA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
PRUEBA DE TÓXICOS 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.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
					
Firma:			Firma:		
Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO			Nombre: CELIS ZAPATA SEBASTIAN		
R. M.: 5-1216-10			CC: 1152204829		
L.S.O.: 2017060104660			Código de Seguridad A117G1M52054		

RECOMENDACIONES**Paciente:** CELIS ZAPATA SEBASTIAN**Fecha:** 24/11/2025**Identificación:** CC: 1152204829**Fecha Nacimiento:** 10/06/1994**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 31 AÑOS 5 MESES 15 DÍAS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE**Dirección:** CLL 48DD 99F 18**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, VALORACIÓN POR EPS: POR NUTRICIÓN .

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

MÉDICO**Firma:** _____**Nombre:** CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO**R.M.** 5-1216-10 **L.S.O.** 2017060104660**PACIENTE****Firma:** _____**Nombre:** CELIS ZAPATA SEBASTIAN**CC:** 1152204829