



N° 2.446

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
20 DÍA	03 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO 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 SAS				TRANSPORTES SAMBUSES SAS							
CIU (Actividad Económica) del empleador:											
4921 - TRANSPORTE DE PASAJEROS.											
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					
ARANGO ARANGO EDWIN				MASCULINO	31 AÑOS 7 MESES 4 DÍAS	CC	1152205661				
						Tipo	Número				
Cargo											
CONDUCTOR											
EPS		AFP			ARL						
SURA		PORVENIR			SURA						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL											
APTO											
Observaciones: NO APLICA											
APTO PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS											
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO		RECOMENDACIONES						
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA		NO APLICA						
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:											
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO			✓		VISIOMETRIA ✓						
THC			✓		AUDIOMETRIA ✓						
COCAINA			✓		PRUEBA PSICOSENSOMETRICA ✓						
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES					
			USO DE EPP			MANTENER UNA DIETA BALANCEADA					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES											
DENTRO DE LA EVALUACIÓN MÉDICA INTEGRAL REALIZADA A ESTE TRABAJADOR, SE LE HIZO UN ESPECIAL ÉNFASIS EN SU ESTADO OSTEOMUSCULAR, NO ENCONTRÁNDOSE ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS QUE SE CONSIDERE PUEDAN GENERAR UN RIESGO AUMENTADO PARA SU SALUD Y SEGURIDAD, SE DEBEN IMPLEMENTAR TODAS LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN REQUERIDAS PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE LA OCUPACIÓN, REALIZANDO CAPACITACIÓN CONTINUA Y EL ENTRENAMIENTO NECESARIO, PARA EL ADECUADO MANEJO DE CARGAS Y DE LAS POSTURAS EN EL TRABAJO, ESTIMULANDO LA PRÁCTICA REGULAR DE PAUSAS ACTIVAS Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.											
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: 71603182 - JOHN JAIRO CHICA R. M.: 142012 L.S.O.: 2022060085663				 Código de Seguridad V1826B1H2446				 Firma: _____ Nombre: ARANGO ARANGO EDWIN CC: 1152205661			