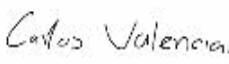




## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 50.919

|   |           |                                   |                                |   |                                     |                                     |            |
|---|-----------|-----------------------------------|--------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN  |           |                                   |                                | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL   |                                     |                                     |            |
| 22<br>DÍA   | 10<br>MES | 2025<br>AÑO                       | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO  |                                     |                                     |            |
|   |           |                                   |                                | Ciudad  |                                     |                                     |            |
| 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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)   |           |                                   |                                |   |                                     |                                     |            |
| VALENCIA SANCHEZ CARLOS ARTURO  |           |                                   |                                | Genero  | Edad                                | Documento de Identificación         |            |
|   |           |                                   |                                | MASCULINO   | 30 AÑOS                             | CC                                  | 1216717416 |
| Apellidos y Nombres   |           |                                   |                                |   |                                     | Tipo                                | Número     |
| Cargo<br><b>CONDUCTOR</b>   |           |                                   |                                |   |                                     |                                     |            |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL<br><b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>   |           |                                   |                                |   |                                     |                                     |            |
| Observaciones: <b>NO APLICA</b>   |           |                                   |                                |   |                                     |                                     |            |
| NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)   |           |                                   |                                |   |                                     | <b>N/A</b>                          |            |
| RESTRICCIONES LABORALES   |           |                                   | TIPO                           | RECOMENDACIONES   |                                     |                                     |            |
| NO APLICA   |           |                                   | NO APLICA                      | NO APLICA   |                                     |                                     |            |
| <b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>   |           |                                   |                                |   |                                     |                                     |            |
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEO muscular Y COLUMNA  |           |                                   |                                | <input checked="" type="checkbox"/>   | PRUEBA PSICOSENSOMETRICA            | <input checked="" type="checkbox"/> |            |
| AUDIOMETRÍA   |           |                                   |                                | <input checked="" type="checkbox"/>   | PSICOACTIVO                         | <input checked="" type="checkbox"/> |            |
| VISIOMETRÍA   |           |                                   |                                | <input checked="" type="checkbox"/>   | -----                               | <input checked="" type="checkbox"/> |            |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS   |           | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES     |                                |   | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |                                     |            |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO  |           | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL |                                |   | HABITOS SALUDABLES                  |                                     |            |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO  |           |                                   |                                |   | DIETA BALANCEADA                    |                                     |            |
| VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION  |           |                                   |                                |   |                                     |                                     |            |
| <b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>  |           |                                   |                                |   |                                     |                                     |            |
| PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO  |           |                                   |                                |   |                                     |                                     |            |
| 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:  |           |                                   |                                | Firma:  |                                     |                                     |            |
| Nombre: CC: 1128437035 - JENIFER GIRALDO  |           |                                   |                                | Nombre: VALENCIA SANCHEZ CARLOS ARTURO  |                                     |                                     |            |
| R. M.: 1128437035   |           | L.S.O.: 2019060049430             |                                | CC: 1216717416  |                                     |                                     |            |
| Código de Seguridad   |           |                                   |                                | <b>N117T1Z50919</b>   |                                     |                                     |            |

## RECOMENDACIONES

**Paciente:** VALENCIA SANCHEZ CARLOS ARTURO

**Fecha:** 22/10/2025

**Identificación:** CC: 1216717416

**Fecha Nacimiento:** 04/02/1995

**Cargo:** CONDUCTOR

**Edad:** 30 AÑOS

**Género:** MASCULINO

**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE

**Dirección:** CRA 138 #63-72

**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

### RECOMENDACIONES MÉDICAS

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

### 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: VALENCIA SANCHEZ CARLOS ARTURO

CC: 1216717416