



N° 51.516

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	11 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Ciudad				

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
Nombre de la empresa	Empresa en misión
TRANSPORTES SAMBUSES S.A.S	TRANSPORTES 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	
ARISTIAZABAL HERRERA HUGO ABAD	MASCULINO	63 AÑOS 2 MESES 14 DÍAS	CC	3494080
Cargo			Tipo	Número

CONDUCTOR	EPS	AFP	ARL
	SURA	COLPENSIONES	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	✓
VISIOMETRÍA	✓		

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR CONTROLES MÉDICOS EN SU EPS	SVE AUDITIVO	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		DIETA BALANCEADA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

OXÍGENOS EN ORINA NO REACTIVO

- EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO ENCIMA DE LOS 85 DB POR MAS DE 8 HORAS , EVITAR EL USO DE MANOS LIBRES O AUDÍFONOS , EVITAR EXPOSICIÓN A MÚSICA A ALTO VOLUMEN . MANEJAR CON VIDRIOS CERRADOS

- DEBE CONTINUAR CONTROLES EN SU EPS POR ALTERACIÓN DEL SISTEMA ENDOCRINOLÓGICO, AL IGUAL QUE LA TOMA JUICIOSA DE LOS MEDICAMENTOS EN DOSIS Y HORARIOS ESTABLECIDOS. ESTA CONDICIÓN NO LE GENERA RESTRICCIONES LABORALES PARA EL OFICIO

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 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 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: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA R. M.: 5065404 L.S.O.: S2017060104075	 Firma: _____ Nombre: ARISTIAZABAL HERRERA HUGO ABAD CC: 3494080
 Código de Seguridad	