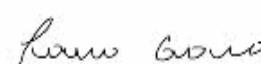




CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 50.053

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24 DÍA	09 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							
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)							
GARRO CIRO JAIRO ARTURO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	52 AÑOS	CC	70164396
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)						N/A	
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		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE PARA CONDUCIR		SVE VISUAL			HABITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- 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: GARRO CIRO JAIRO ARTURO			
R. M.: 1128437035		L.S.O.: 2019060049430		Código de Seguridad		CC: 70164396	
 O117U1A50053							

RECOMENDACIONES

Paciente: GARRO CIRO JAIRO ARTURO

Fecha: 24/09/2025

Identificación: CC: 70164396

Fecha Nacimiento: 26/10/1972

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 52 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CRA 44 # 26 71

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE VISUAL, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL: PERMANENTE PARA CONDUCIR , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

MÉDICO

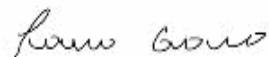


Firma: _____

Nombre: CC: 1128437035 - JENIFER GIRALDO

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

PACIENTE



Firma: _____

Nombre: GARRO CIRO JAIRO ARTURO

CC: 70164396