



Nº 49.710

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
15 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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)						
GOMEZ PULGARIN DIDIER				Genero	Edad	Documento de Identificación
				MASCULINO	39 AÑOS	CC
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 OSTEO muscular Y COLUMNA				✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	✓
AUDIOMETRÍA				✓	PSICOACTIVO	✓
VISIOMETRÍA				✓	-----	
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		SVE OSTEO muscular			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICIÓN .					HACER DEPORTE	
					DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
<p>- PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA : NO REACTIVA</p> <p>-TRABAJADOR CON ANTECEDENTE DE CONDICIÓN MEDICA DE ORIGEN VISUAL , Dicha condición no le ha generado restricción para el desarrollo de sus actividades como conductor, se recomienda valoración por optometría para evaluar necesidad de uso de lentes con filtro de corrección .</p>						
<p>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.</p>						
Médico		Aspirante o Trabajador				
						
Firma:		Firma:				
Nombre: CC: 8101699 - JOHN JAIRO OCAMPO		Nombre: GOMEZ PULGARIN DIDIER				
R. M.: 5-1216-10		CC: 98716696				
L.S.O.: 2017060104660						
Código de Seguridad A117G1M49710						

RECOMENDACIONES**Paciente:** GOMEZ PULGARIN DIDIER**Fecha:** 15/09/2025**Identificación:** CC: 98716696**Fecha Nacimiento:** 16/01/1986**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 39 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** CASADO(A)**Dirección:** CLL 59 BB 68 E 64**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

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

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

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:** GOMEZ PULGARIN DIDIER**CC:** 98716696