



N° 55.848

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
16 DÍA	03 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO 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 S.A.S				TRANSPORTES SAMBUSES S.A.S							
CIU (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					
LONDOÑO GIRALDO JUAN DAVID				MASCULINO	35 AÑOS 1 MESES 0 DÍAS	CC	1042768837				
						Tipo	Número				
Cargo											
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			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES						
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE		SVE VISUAL			HÁBITOS SALUDABLES						
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA						
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO											
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES											
- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO											
- DEBE USAR LOS LENTES DE CORRECCIÓN VISUAL DE FORMA PERMANENTE (ES NECESARIO PARA EVITAR ACCIDENTES, CANSANCIO VISUAL Y LA PROGRESIÓN DE SU ENFERMEDAD)											
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: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA R. M.: 5065404      L.S.O.: S2017060104075				 Código de Seguridad <b>P117V1B55848</b>				 Firma: _____ Nombre: LONDOÑO GIRALDO JUAN DAVID CC: 1042768837			

## RECOMENDACIONES

**Paciente:** LONDOÑO GIRALDO JUAN DAVID

**Fecha:** 16/03/2026

**Identificación:** CC: 1042768837

**Fecha Nacimiento:** 13/02/1991

**Cargo:** CONDUCTOR

**Edad:** 35 AÑOS 1 MESES 0 DÍAS

**Género:** MASCULINO

**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE

**Dirección:** CLL 64 C CRA 124

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

### RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE VISUAL, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

### RECOMENDACIONES MÉDICAS

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

## MÉDICO

*Raul Zapata*

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA

**R.M.** 5065404 **L.S.O** S2017060104075

## PACIENTE

*Juan D. J. G.*

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** LONDOÑO GIRALDO JUAN DAVID

**CC:** 1042768837