

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

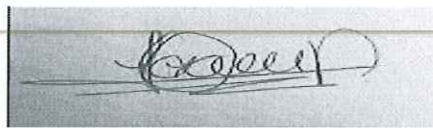
N° 29.634

|   |           |  |   |                                     |
|---|-----------|--|---|-------------------------------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN  |           |  | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL       |                                     |
| 13<br>DÍA   | 10<br>MES | 2023<br>AÑO                                | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)          |                                     |
|   |           |  | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO |                                     |
| Ciudad  |           |  |   |                                     |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE   |           |  |   |                                     |
| RUTAS VERDE Y BLANCO SAS  |           |  | RUTAS VERDE Y BLANCO SAS                |                                     |
| 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)   |           |  |   |                                     |
| MARULANDA RAMIREZ HUMBERTO ANTONIO  |           |  | Genero                                  | Edad                                |
| Apellidos y Nombres   |           |  | MASCULINO                               | 64 AÑOS                             |
|   |           |  | Documento de Identificación             | CC                                  |
|   |           |  | Tipo                                    | 70124485                            |
|   |           |  | Número                                  |                                     |
| <b>CONDUCTOR</b>  |           |  |   |                                     |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL   |           |  |   |                                     |
| <b>CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL</b>  |           |  |   |                                     |
| Observaciones: NO APLICA PARA LA LABOR ASIGNADA   |           |  |   |                                     |
| NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)   |           |  |   | N/A                                 |
| RESTRICCIONES LABORALES   |           | TIPO                                       | RECOMENDACIONES                         |                                     |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES   |           | 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 : DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR.  |           | SVE AUDITIVO : PROXIMO CONTROL EN 6 MESES. |   | HÁBITOS SALUDABLES                  |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO  |           | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL          |   | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA           |
| VIGILANCIA POR EPS : POR MEDICINA GENERAL   |           | SVE OSTEOMUSCULAR                          |   | HACER DEPORTE                       |
| ORDEN DE RADIOGRAFIA.   |           |  |   | DIETA BALANCEADA                    |
| <b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>  |           |  |   |                                     |
| -GLUCOMETRIA : NORMAL , PRUEBA DE TÓXICOS EN ORINA : NO REACTIVA  |           |  |   |                                     |
| -CURVA AUDIOMETRICA COMPATIBLE CON : OD: AUDICION NORMAL PARA FRECUENCIAS CONVERSACIONALES CON DESCENSO LEVE A MODERADO EN FRECUENCIAS 4-6-8 KHZ. OI: AUDICION NORMAL PARA FRECUENCIAS CONVERSACIONALES CON DESCENSO LEVE A MODERADO EN FRECUENCIAS 6-8 KHZ. 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  |           |  |   |                                     |
| 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:



Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R. M.: 5-1216-10

L.S.O.: 2017060104660



Código de Seguridad

F117L1R29634

Firma:



Nombre: MARULANDA RAMIREZ HUMBERTO ANTONIO

CC: 70124485

**MASMEDICOS**  
Especialistas en tu Empresa

NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

Carrera 64a No 78- 581 Barrio Caribe - Medellín  
gerenciamasmedicos@masmedellin.com

## RECOMENDACIONES

Paciente: MARULANDA RAMIREZ HUMBERTO ANTONIO

Fecha: 13/10/2023

Identificación: CC: 70124485

Fecha Nacimiento: 12/07/1959

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 64 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CLL 94 A # 45A -21

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

## RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables

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

## RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE AUDITIVO: PROXIMO CONTROL EN 6 MESES. , PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, SVE OSTEOMUSCULAR

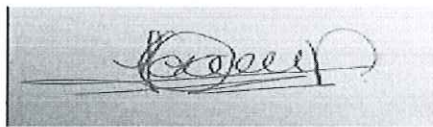
## RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL: DE MANERA PERMANENTE PARA TRABAJAR. , EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO,  
VALORACIÓN POR EPS: POR MEDICINA GENERAL PARA ORDEN DE RADIOGRAFIA.

MÉDICO

PACIENTE

Firma:



Nombre: OCAMPO VILLA JOHN JAIRO

R.M. 5-1216-10

L.S.O. 2017060104660

Firma:



Nombre: MARULANDA RAMIREZ HUMBERTO ANTONIO

CC: 70124485