



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 42.889

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
31 DÍA	01 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		
Ciudad			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		
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)					
CARDONA MARULANDA CARLOS MARIO			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	60 AÑOS	CC 71647467
Cargo				Tipo	Número
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	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR CONTROLES MEDICOS EN SU EPS		SVE AUDITIVO		HÁBITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE PARA CONDUCIR		SVE CARDIOVASCULAR		CONTROL DE PESO	
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
<p>- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO</p> <p>- SOLICITAR VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL Y/O NUTRICIÓN EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA EL CONTROL DE SU ALTERACIÓN DEL PESO CORPORAL. ESTA CONDICIÓN NO LE GENERA RESTRICCIONES PARA LABORAR</p> <p>- SE SUGIERE SOLICITAR CITA ANUAL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS PARA EVALUACIÓN, CONTROL Y TRATAMIENTO</p> <p>- DEBE USAR LOS LENTES DE CORRECCIÓN VISUAL DE FORMA PERMANENTE (ES NECESARIO PARA EVITAR ACCIDENTES, CANSANCIO VISUAL Y LA PROGRESIÓN DE SU ENFERMEDAD)</p> <p>- REALIZAR CONTROLES DE CIFRAS TENSIONALES EN SU EPS, AL IGUAL QUE LA TOMA JUICIOSA DE LOS MEDICAMENTOS EN DOSIS Y HORARIOS ESTABLECIDOS. ESTA CONDICIÓN NO LIMITA SU DESEMPEÑO LABORAL.</p> <p>- 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. SE SUGIERE AUDIOMETRIA CONTROL EN 6 MESES</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***Raul Ospina*

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

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404

L.S.O.: S2017060104075



Código de Seguridad

J117P1V42889

**Aspirante o Trabajador***Cardona Marulanda*

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

Nombre: CARDONA MARULANDA CARLOS MARIO

CC: 71647467

**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: CARDONA MARULANDA CARLOS MARIO

Fecha: 31/01/2025

Identificación: CC: 71647467

Fecha Nacimiento: 22/07/1964

Cargo: CONDUCTOR

Edad: 60 AÑOS

Género: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CLL 11 49 C 7

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

CONTINUAR MANEJO MÉDICO: CONTINUAR CONTROLES MEDICOS EN SU EPS, USAR CORRECCIÓN VISUAL: USO PERMANENTE PARA CONDUCIR

**RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables**

HÁBITOS SALUDABLES, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**

SVE AUDITIVO, SVE CARDIOVASCULAR, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

**MÉDICO***Raul Ospina*

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

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404

L.S.O. S2017060104075

**PACIENTE***Cardona Marulanda*

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

Nombre: CARDONA MARULANDA CARLOS MARIO

CC: 71647467