



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 48.817

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
21 DÍA	08 MES	2025 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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 ARANGO ESTIBEN ANDRES			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	35 AÑOS	CC	1017173069
					Tipo	Número
Cargo CONDUCTOR						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)						
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			<input checked="" type="checkbox"/>	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA <input checked="" type="checkbox"/>		
AUDIOMETRÍA			<input checked="" type="checkbox"/>	PSICOACTIVO <input checked="" type="checkbox"/>		
VISIOMETRÍA			<input checked="" type="checkbox"/>	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO				DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO						
<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: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA		Nombre: MARULANDA ARANGO ESTIBEN ANDRES				
R. M.: 5065404		cc: 1017173069				
L.S.O.: S201706010407!		Código de Seguridad W117C1I48817				

RECOMENDACIONES**Paciente:** MARULANDA ARANGO ESTIBEN ANDRES**Fecha:** 21/08/2025**Identificación:** CC: 1017173069**Fecha Nacimiento:** 21/09/1989**Cargo:** CONDUCTOR**Edad:** 35 AÑOS**Género:** MASCULINO**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE**Dirección:** CALLE 94 A 45 A -21**Ciudad:** MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)**RECOMENDACIONES MÉDICAS**

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO**PACIENTE***Raul Zapata**SARAH Andrés Marulanda***Firma:** _____**Firma:** _____**Nombre:** CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA**Nombre:** MARULANDA ARANGO ESTIBEN ANDRES**R.M.** 5065404 **L.S.O.** S2017060104075**CC:** 1017173069