



Nº 45.931

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

### FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

14 DÍA	05 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	Ciudad	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
					EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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)

ANDRADE PEREA MARLON DAVID

Genero	Edad	Documento de Identificación
MASCULINO	22 AÑOS	CC 1025881761

Apellidos y Nombres

Tipo Número

Cargo

**CONDUCTOR**

### CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)**

Observaciones: NO APLICA

N/A

### RESTRICCIONES LABORALES

NO APLICA

### TIPO

NO APLICA

### RECOMENDACIONES

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"/>
VISIONEMTRÍA	<input checked="" type="checkbox"/>	-----	

### RECOMENDACIONES MÉDICAS

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

### HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

HABITOS SALUDABLES

CONTROL DE PESO

DIETA BALANCEADA

### OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO

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**

Raul F. Zapata



Código de Seguridad

A117G1M45931

Firma:

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R. M.: 5065404

L.S.O.: S201706010407!

**Aspirante o Trabajador**

David

Firma:

Nombre: ANDRADE PEREA MARLON DAVID

CC: 1025881761



NIT : 901154336-9

Cel. 301 251 9764

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

## RECOMENDACIONES

Paciente: ANDRADE PEREA MARLON DAVID

Identificación: CC: 1025881761

Cargo: CONDUCTOR

Género: MASCULINO

Dirección: CRA 31 AA # 82 16

Fecha: 14/05/2025

Fecha Nacimiento: 22/01/2003

Edad: 22 AÑOS

Estado Civil: SOLTERO(A)

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, CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA

## RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

## MÉDICO

Raoul Zapata

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

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

R.M. 5065404 L.S.O S2017060104075

## PACIENTE

David

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

Nombre: ANDRADE PEREA MARLON DAVID

CC: 1025881761