



Nº 107.241

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

27 DÍA	12 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EXAMEN MEDICO PERIODICO + AUDIOMETRÍA + VIISIOMETRÍA
			Ciudad	

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ORBITRANS S.A	ORBITRANS S.A

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
BETANCUR CUARTAS CAMILO	MASCULINO	31 AÑOS 10 MESES 0 DÍAS	CC Número 1037634773 Tipo

Cargo

LIDER LOGISTICO

EPS	AFP	ARL
SURA	PORVENIR	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN PATOLOGÍA QUE INTERFIER A SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: **APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO**

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN CON ÉNFASIS OSTEO muscular	✓	VISIONMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	-----	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	OTROS : CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS POR 5 MINUTOS

HÁBITOS SALUDABLES

DIETA BALANCEADA

REALIZAR EJERCICIOS

AUTOCUIDADO

CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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

Firma:

Certiprueba

Nombre: CC: 54258871 - YIARDANY MARIA MENA

R. M.: 27-3203

L.S.O.: 25306



Código de Seguridad

F82L1R107241

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: BETANCUR CUARTAS CAMILO

CC: 1037634773