



N° 107.505

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
06 DÍA	01 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO + PERIODICO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
ORBITRANS S.A				ORBITRANS S.A			
CIIU (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	
ALZATE MEJIA CARLOS ARTURO				MASCULINO	39 AÑOS 5 MESES 20 DÍAS	CC	1017136101
						Tipo	Número
Cargo							
CONDUCTOR							
EPS		AFP			ARL		
SURA		PROTECCION			BOLIVAR		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO CON RECOMENDACIONES							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
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 CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR				✓	TOXICOLOGIA (COCAINA Y MARIHUANA)		
AUDIOMETRÍA				✓	VISIOMETRÍA		
PRUEBA PERCEPTIVO MOTORA				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		OTROS : LAB			DIETA BALANCEADA		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
HÁBITOS SALUDABLES. EJERCICIO REGULAR. DIETA BALANCEADA. AUTOCUIDADO. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL. PAUSAS ACTIVAS / HIGIENE POSTURAL CONTROLES SDE SALUD PERIODICOS EN SU EPS TRAER SU HISTORIA CLINICA							
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:

Nombre: CC: 42891681 - LUZ MARIA PALACIO

R. M.: 0537

L.S.O.: 106355



Código de Seguridad

**D82J1P107505****Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: ALZATE MEJIA CARLOS ARTURO

CC: 1017136101