



Nº 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 LABORÓ 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 Tipo 1017136101 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		✓	TOXICOLOGÍA (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.:

L.S.O.: 106355



Código de Seguridad

D82J1P107505**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Certiprueba
Sat Jul 24 2021 09:29:14

Nombre: ALZATE MEJIA CARLOS ARTURO

CC:

1017136101