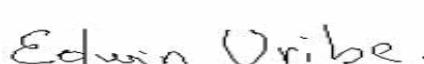




Nº 107,545

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
07 DÍA	01 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO PRE-INGRESO	
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
URIBE ALVAREZ EDWIN MAURICIO			MASCULINO	30 AÑOS 9 MESES 16 DÍAS	CC Tipo 1037641016 Número
Cargo CONDUCTOR					
EPS	AFP	ARL			
SURA	PROTECCION	SURA			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)					
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 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	
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES	
		OTROS : CUMPLIR CON LAS NORMAS DE TRANSITO Y SEGURIDAD VIAL - CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				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 TRANSITO Y SEGURIDAD VIAL					
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			Aspirante o Trabajador		
 Firma: Certiprueba			 Firma: _____		
 Código de Seguridad			Nombre: CC: 54258871 - YIARDANY MARIA MENA		
Nombre: URIBE ALVAREZ EDWIN MAURICIO					

