



N° 108.040

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17 DÍA	01 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) <small>Ciudad</small>	EXAMEN MEDICO DE PRE-INGRESO + AUDIOMETRÍA + VISIOMETRÍA			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa <b>ORBITRANS S.A</b>				Empresa en misión <b>ORBITRANS S.A</b>			
CIU (Actividad Económica) del empleador: <b>SIN REGISTRAR</b>							
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 <b>PINEDA MONSALVE LUZ AYDE</b>				Género <b>FEMENINO</b>	Edad 52 AÑOS 0 MESES 2 DÍAS	Documento de Identificación CC 43812030 <small>Tipo Número</small>	
Cargo							
<b>AUXILIAR DE TRANPORTE</b>							
EPS <b>SURA</b>		AFP <b>PORVENIR</b>			ARL <b>NO REFIERE</b>		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO CON RECOMENDACIONES</b>							
Observaciones: <b>CONSULTAR EPS PARA MANEJO POR NUTRICIONISTA - USAR LENTES PARA VISION CERCANA</b>							
N/A   NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
<b>RESTRICCIONES LABORALES</b>		<b>TIPO</b>		<b>RECOMENDACIONES</b>			
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA			
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>							
EVALUACIÓN CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR				VISIOMETRÍA			
AUDIOMETRÍA				-----			
<b>RECOMENDACIONES MÉDICAS</b>		<b>RECOMENDACIONES OCUPACIONALES</b>			<b>HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES</b>		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA VISION CERCANA		SVE VISUAL			HÁBITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		SVE CARDIOVASCULAR			CONTROL DE PESO		
VALORACIÓN POR EPS : CONSULTAR EPS PARA MANEJO POR NUTRICIONISTA		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : 3/SEMANA		
		OTROS : CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			DIETA BALANCEADA		
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
CONSULTAR EPS PARA MANEJO POR NUTRICIONISTA USO DE LENTES PARA VISION CERCANA CONTROL OPTOMETRIA ANUAL PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS POR 5 MINUTOS HÁBITOS SALUDABLES DIETA BALANCEADA REALIZAR EJERCICIOS 3/SEMANA 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**



Certiprueba

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

Nombre: CC: 54258871 - YIARDANY MARIA MENA

R. M.: 27-3203                      L.S.O.: 25306



Código de Seguridad

**P82V1B108040**

**Aspirante o Trabajador**



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

Nombre: PINEDA MONSALVE LUZ AYDE

CC: 43812030