



N° 108.035

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 ORBITRANS S.A				Empresa en misión 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 MALDONADO LONDOÑO MARISOL				Género FEMENINO	Edad 41 AÑOS 2 MESES 25 DÍAS	Documento de Identificación CC: 32298209 Tipo: Número	
Cargo AUXILIAR DE TRANSPORTE							
EPS SURA		AFP PROTECCION			ARL NO REFIERE		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON RECOMENDACIONES							
Observaciones: CONTINUAR MEDICACION DIARIA Y CONTROLES EN EPS							
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				VISIOMETRÍA			
AUDIOMETRÍA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR MEDICACION DIARIA Y CONTROLES EN EPS			SVE VISUAL			HÁBITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL			SVE CARDIOVASCULAR			CONTROL DE PESO	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : 3/SEMANA	
			OTROS : CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
CONTINUAR MEDICACION DIARIA Y CONTROLES EN EPS USO DE LENTES PARA LABORAR CONTROL OPTOMETRIA ANUAL PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS POR 5 MINUTOS HABITOS 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


Firma: Certiprueba

Nombre: CC: 54258871 - YIARDANY MARIA MENA

R. M.: 27-3203

L.S.O.: 25306



Código de Seguridad

L82R1X108035

Aspirante o Trabajador


Firma: _____

Nombre: MALDONADO LONDOÑO MARISOL

CC: 32298209