



N° 108.071

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

|  |           |   |   |   |                         |  |            |
|--|-----------|---|---|---|-------------------------|--|------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN   |           |   |   | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL   |                         |  |            |
| 17<br>DÍA  | 01<br>MES | 2026<br>AÑO   | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)                                    | EXAMEN MEDICO DE PRE-INGRESO + AUDIOMETRÍA + VISIOMETRÍA                                    |                         |  |            |
|  |           |   | 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   |                         |  |            |
| 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  |           |   |   | Género  | Edad                    | Documento de Identificación                |            |
| COLORADO TORRES VALERIA  |           |   |   | FEMENINO  | 24 AÑOS 2 MESES 25 DÍAS | CC   | 1000756502 |
|  |           |   |   |   |                         | Tipo                                       | Número     |
| Cargo  |           |   |   |   |                         |  |            |
| <b>AUXILIAR DE TRANSPORTE</b>  |           |   |   |   |                         |  |            |
| EPS  |           | AFP   |   |   | ARL                     |  |            |
| SURA   |           | PROTECCION  |   |   | BOLIVAR                 |  |            |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL  |           |   |   |   |                         |  |            |
| <b>APTO CON RECOMENDACIONES</b>  |           |   |   |   |                         |  |            |
| Observaciones: <i>CONSULTAR EPS PARA MANEJO POR NUTRICIONISTA</i>  |           |   |   |   |                         |  |            |
| 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> |            |
| VALORACIÓN POR EPS : CONSULTAR EPS PARA MANEJO POR NUTRICIONISTA   |           |   | SVE CARDIOVASCULAR  |   |                         | HÁBITOS SALUDABLES                         |            |
|  |           |   | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL                                 |   |                         | CONTROL DE PESO                            |            |
|  |           |   | OTROS : CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO |   |                         | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : 3/SEMANA       |            |
|  |           |   |   |   |                         | DIETA BALANCEADA                           |            |
| <b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>   |           |   |   |   |                         |  |            |
| CONSULTAR EPS PARA MANEJO POR NUTRICIONISTA<br>PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS POR 5 MINUTOS<br>HÁBITOS SALUDABLES<br>DIETA BALANCEADA<br>REALIZAR EJERCICIOS 3/SEMANA<br>AUTOCUIDADO<br>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. |           |   |   |   |                         |  |            |
| <b>Médico</b>  |           |   |   | <b>Aspirante o Trabajador</b>   |                         |  |            |
| Firma:    |           |   |   | Firma:  |                         |  |            |
| Nombre: CC: 54258871 - YIARDANY MARIA MENA   |           |   |   | Nombre: COLORADO TORRES VALERIA   |                         |  |            |
|  |           |   |   |          |                         |  |            |
|  |           |   |   | Código de Seguridad   |                         |  |            |

