



N° 108.044

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 GONZALEZ SERNA AIDA				Género FEMENINO	Edad 62 AÑOS 5 MESES 9 DÍAS	Documento de Identificación CC 42882569 <small>Tipo Número</small>	
Cargo							
AUXILIAR DE TRANSPORTE							
EPS NUEVA EPS		AFP COLPENSIONES			ARL NO REFIERE		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON RECOMENDACIONES							
Observaciones: <i>CONTINUAR MEDICACION DIARIA Y CONTROLES EN EPS - DEBE LABORAR CON LENTES</i>							
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			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA	
			OTROS : CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO				
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 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

Aspirante o Trabajador


Firma: Certiprueba




Firma: Aida Gonzalez S.

Nombre: CC: 54258871 - YIARDANY MARIA MENA

Nombre: GONZALEZ SERNA AIDA

R. M.: 27-3203

L.S.O.: 25306

Código de Seguridad

K82Q1W108044

CC: 42882569