



N° 109.739

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| | | | | | | | |
|--|-----------|---|---|--------------------------------------|-----------------------------------|--|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
| 14 DÍA | 03 MES | 2026 AÑO | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO + PERIODICO | | | |
| | | | 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: | | | | | | | |
| 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 | |
| ORTIZ PUERTA CARLOS HERNANDO | | | | MASCULINO | 64 AÑOS 6 MESES 0 DÍAS | CC | 70876075 |
| | | | | | | Tipo | Número |
| Cargo | | | | | | | |
| CONDUCTOR | | | | | | | |
| EPS | | AFP | | | ARL | | |
| SURA | | NO REFIERE | | | NO REFIERE | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL | | | | | | | |
| APTO CON RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| Observaciones: <i>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 | | | | ✓ | TOXICOLOGIA (COCAINA Y MARIHUANA) | | |
| AUDIOMETRÍA | | | | ✓ | VISIOMETRÍA | | |
| PRUEBA PERCEPTIVO MOTORA | | | | ✓ | ----- | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | | | SVE VISUAL | | | HÁBITOS SALUDABLES | |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA | |
| | | | OTROS : CUMPLIR CON LAS NORMAS DE TRANSITO Y SEGURIDAD VIAL - CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | | DIETA BALANCEADA | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| DEBE LABORAR CON LENTES CONTROL OPTOMETRIA ANUAL PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS POR 5 MINUTOS HABITOS 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



Certiprueba

Firma:

Nombre: CC: 54258871 - YIARDANY MARIA MENA

R. M.: 27-3203

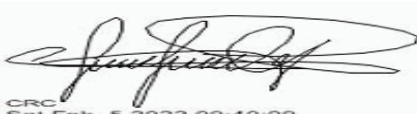
L.S.O.: 25306



Código de Seguridad

E82K1Q109739

Aspirante o Trabajador



CRC
Sat Feb 5 2022 09:40:09

Firma:

Nombre: ORTIZ PUERTA CARLOS HERNANDO

CC: 70876075