



Nº 106.793

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
03 DÍA	12 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO + PERIODICO	
				Ciudad	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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
SERNA HERNANDEZ DIEGO LUIS			MASCULINO	55 AÑOS 5 MESES 24 DÍAS	CC Número
Tipo					
Cargo CONDUCTOR					
EPS	AFP	ARL			
SURA	PROTECCION	NO REFIERE			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON RECOMENDACIONES					
Observaciones: DEBE LABORAR CON LENTES					
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			CONTROL DE PESO
		OTROS : CUMPLIR CON LAS NORMAS DE TRANSITO Y SEGURIDAD VIAL - CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : 3/SEMANA
					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 3/SEMANA 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

Firma: 
Certiprueba

Nombre: CC: 54258871 - YIARDANY MARIA MENA

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



Código de Seguridad

X82D1J106793**Aspirante o Trabajador**

Firma: 

Nombre: SERNA HERNANDEZ DIEGO LUIS

CC: 71052423