

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 11.438.430
RIVERA BERMUDEZ

APELLIDOS:
NELSON EDUARDO

NOMBRES

Nelson Eduardo Rivera Bermudez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO: 22-MAR-1973

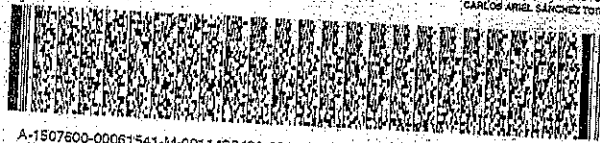
FACATATIVA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-AGO-1991 FACATATIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1507600-00061541-M-0011438430-20080830

0002770164A:1

1790009720





CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.625

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
08 DÍA	01 MES	2025 AÑO	GUADUAS (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)			
			EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
CONSUMIDOR FINAL			CONSUMIDOR FINAL			
Nombre de la empresa:			Empresa en misión:			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)						
RIVERA BERMUDEZ NELSON EDUARDO			Sexo	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	51 AÑOS 9 MESES 18 DÍAS	CC	11438430
Carga			Tipo Número			
ASESOR DE CONTROL INTERNO						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL						
CUMPLE CON EL PERFIL PARA EL CARGO SIN RESTRICCIÓN.						
Observaciones: NO APLICA						
N/A NO SE EVALUARÁN 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:						
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS ÓSTEO MUSCULAR <input checked="" type="checkbox"/>						
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO.		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES		
		SVE CARDIOVASCULAR		DIETA BALANCEADA		
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL				
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, VALORACIÓN NUTRICIONAL EN EPS, EJERCICIO REGULAR, ALIMENTACIÓN SALUDABLE, BAJAR DE PESO, CONTINUAR TRATAMIENTO Y CONTROL MÉDICO EN EPS.						
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 verdícas. 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: _____ Nombre: CHAVES PORTILLA GUILLERMO ADRIAN R. M.: 25852/04 L.S.O.: 25-00818 DE 2023			 Código de Seguridad: Q674W1C13625 Firma: _____ Nombre: RIVERA BERMUDEZ NELSON EDUARDO CC: 11438430			