



**Eduard A. Sánchez Z.**  
**Médico Esp. SST .RM. 155307. LPSST 405-18**  
**Celular: 311 624 1747**  
**Pereira, Colombia**



**N° 542**

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
23 DÍA	01 MES	2026 AÑO	PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
PARTICULARES				CONCEJO DE LA VIRGINIA RISARALDA			
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	
LLANOS JARAMILLO ALEXANDER				MASCULINO	40 AÑOS 1 MESES 12 DÍAS	CC	14.572.343
						Tipo	Número
Cargo							
CONTRATISTA							
EPS		AFP			ARL		
NUEVA EPS		PROTECCION			SURA		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO							
Observaciones: NO APLICA							
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:							
EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		USO DE EPP			CONTROL DE PESO		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<ul style="list-style-type: none"><li>- MEDIDAS DE AUTOCUIDADO</li><li>- CUMPLIR CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA</li><li>- REPORTAR CUALQUIER TIPO DE ACCIDENTE A SU JEFE INMEDIATO Y/O ARL</li></ul>							
<p>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.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____							
Nombre: CC: 18608372 - EDUARD ANIBAL SANCHEZ				Nombre: LLANOS JARAMILLO ALEXANDER			
R. M.: 1553-07				CC: 14.572.343			
L.S.O.: LPSST 405-18							
Código de Seguridad							
T1422Z1F542							