DR. OSCAR ARTURO QUINTERO PINEROS

MÉDICO CIRUJANO UNIVERSIDAD NACIONAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y SALUD FAMILIAR
TECNÓLOGO VASCULAR PERIFÉRICO CC 79.144.404
Dir: Calle 11 # 1-92, Centro Consultorio 201 - Edificio Centro de Especialistas
Celular: 313 830 3430 - 301 505 8850 - Email: serprotol@gmail.com
Ibagué - Tolima - Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 12.185

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	01 MES	2026 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	COLJUEGOS

CIIU (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	
SOTO NAVARRO JAVIER ORLANDO	MASCULINO	54 AÑOS 2 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	93152460 (Número)

Cargo: COMUNICADOR SOCIAL PERIODISMO

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	COLPE4NSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

NO APLICA	CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA MANIPULAR ALIMENTOS
NO APLICA	CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

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 ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	HÁBITOS SALUDABLES	
	FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
	DIETA BALANCEADA	

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dr. Oscar A. Quintero Piñeros
MÉDICO CIRUJANO
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Res. 35-1 Enero 2020
SECRETARÍA DE SALUD DEL TOLIMA

Firma: _____

Nombre: CC: 79144404 - OSCAR ARTURO QUINTERO

R. M.: 35/03/01/2020 L.S.O.:

Código de Seguridad
K1690Q1W12185

Aspirante o Trabajador

Firma: Javier Soto

Nombre: SOTO NAVARRO JAVIER ORLANDO

CC: 93152460