



N° 8.139

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
30 DÍA	01 MES	2026 AÑO	CÚCUTA (NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICA DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
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
RIVERA PEREZ OMAR RICARDO			MASCULINO		39 AÑOS 7 MESES 18 DÍAS		CC 1093735803
					Tipo		Número
Cargo							
PSICOLOGO SST							
EPS		AFP			ARL		
COOSALUD		COLPENSIONES			NO REFIERE		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN ALTERACIONES OCUPACIONALES RELACIONADAS CON SU CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
APTO		PARA TRABAJO ADMINISTRATIVO					
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 OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR			✓		-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
			USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES	
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO	
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
						NO FUMAR	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) DE ACUERDO CON SU CARGO, NIVEL DE RIESGO Y TAREAS ASIGNADAS. PACIENTE CUMPLE CON EL SEGUIMIENTO ESTRICTO DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD INTER E INTRA-INSTITUCIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y DE SALUD.							
EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR: NORMAL.							
SE RECOMIENDA: REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL MANTENER UNA POSTURA ERGONÓMICA ADECUADA EN EL LUGAR DE TRABAJO SE PROMUEVE LA ACTIVIDAD FÍSICA CON ALIMENTACION DIARIA ADECUADA Y BALANCEADA, Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES. LAVADO Y DESINFECCION DE MANOS ADECUADO DURANTE SU JORNADA LABORAL CUMPLIR CON EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) SEGÚN EL TIPO DE 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:

Nombre: CC: 1042094632 - SILVIA JULIANA BUITRAGO

R. M.: 1042094632

L.S.O.: 4579



Código de Seguridad

P1452V1B8139

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RIVERA PEREZ OMAR RICARDO

CC: 1093735803