COLMEDI
COLOMBIANA DE SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES
IPS

Nit. 901 266 325-9
318 520 0809
Carrera 19 No 18-40 Barrio Cristo Rey
ipscolmedi@gmail.com



N° 10.172

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	01 MES	2026 AÑO	ARAUCA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA DE PRE - INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES AL CONTADO

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	
CAMEJO PARDO JEISSON ORLANDO	MASCULINO	31 AÑOS 1 MESES 26 DÍAS	CC (Tipo)	1116800130 (Número)

Cargo

ABOGADO

EPS	AFP	ARL
SANITAS	PORVENIR	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL CARGO

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE OSTEOMUSCULAR	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CUMPLIR CON LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO ESTABLECIDOS PARA EL CARGO DESEMPEÑADO, CON USO DE PROTECCIÓN OBLIGATORIO DE ELEMENTOS PERSONAL

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: 19193874 - VLADIMIRO ANTONIO ESTRADA

R. M.: 16191 L.S.O.: 81-1008

Código de Seguridad
K521Q1W10172

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CAMEJO PARDO JEISSON ORLANDO

CC: 1116800130

Scanned with CamScanner