



Salud Ocupacional y Medicina General
Carlos Bernal Sierra NIT 80086785-3
Calle 127 # 19a - 44 consultorio 609 - Bogotá
Cel. 312 454 8354



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 22.574

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL						
28	07	2026	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO						
DÍA	MES	AÑO	Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE										
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES						
Nombre de la empresa				Empresa en misión						
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)										
LOBATON RAMIREZ JAIME EDUARDO				Genero		Edad		Documento de Identificación		
Apellidos y Nombres				MASCULINO		30 años, 2		CC		1020806218
				Teléfonos		meses y 7 días		Tipo		Número
				000						
Cargo										
ABOGADO										
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL										
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)										
Observaciones: NO APLICA										
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)										
N/A										
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES				
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA				
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:										
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				✓				-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : MEDIEINA GENERAL ANUAL				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL				HABITOS SALUDABLES		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES										
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				Aspirante o Trabajador						
										
Firma:				Firma:						
Nombre: BERNAL SIERRA CARLOS EDUARDO				Nombre: LOBATON RAMIREZ JAIME EDUARDO						
R. M.: 86140 -2010 L.S.O.: 5128				CC: 1020806218						
										
				Código de Seguridad						
				B367H1N22574						