



LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1

Dir: Cra 41 B # 9 -11

Cel: 316 752 9642

Correo: gestionlecmacmedic@gmail.com

Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
30 DÍA	07 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS	
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
C & G INGENIERIA Y PROYECTOS SAS NIT:900070192-1					
Nombre de la empresa					
CIIU (Actividad Económica) del empleador:					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de identidad, PT, Pasaporte)					
MARIN HERRERA RICARDO			Genero	Edad	Documento de Identificación
			Masculino	46 Años	CC 16915616
Apellidos y Nombres			Tipo	Número	
Cargo			AUXILIAR OPERATIVO		
EPS		AFP		ARL	
SANITAS		PORVENIR		COLMENA	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
SATISFACTORIO CON RECOMENDACION					
Observaciones: No Aplica					
SATISFACTORIO PARA TRABAJAR EN ALTURAS					
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES DE APTITUD	
NINGUNA		PERMANENTE		NINGUNA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EVALUACIÓN OCUPACIONAL		✓		AUDIOMETRIA ✓	
VISIONOMETRIA		✓		PERFIL LIPIDICO ✓	
GLICEMIA		✓		OSTEOMUSCULAR ✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
USO DE CORRECCION VISUAL Y CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL		USO DE EPP		EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA					
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCION ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGUN AREA DE TRABAJO.					
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.					
" CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL Y ALTURAS					
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA (SVE) BIOLOGICO,FISICO,QUIMICO,PSICOSOCIAL,BIOMECANICO,CONDICIONES DE SEGURIDAD MECANICAS,FENOMENOS NATURALES					
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)					
" HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.					
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE					
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:		Nombre:			
R.M.:		CC			
cc: 32716395 - TAYDE AVILA GARCIA		MARIN HERRERA RICARDO			
32716395 L.S.O.: 3274-2022		16915616			