



DIPRESALUD
IPS SAS

DIPRESALUD IPS

Nit: 900.484.031-1

Carrera 19# 16B 16 - Barrio Jorge Dangond

Cel: 3103 67 1869 - Tel: 605-5710835

Mail: dipresaludipssas@outlook.com - admisiones.dipresalud@outlook.com



N° 21.711

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN		VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)		TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
09 DÍA	01 MES	2026 AÑO			EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
Nombre de la empresa			PARTICULARES		
PARTICULARES CONTADO			Empresa en misión		
CIJU (Actividad Económica) del empleador:			PARTICULARES		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
SIN REGISTRAR					
Apellidos y Nombres					
LOPEZ FUENTES EDGAR ENRIQUE			Documento de Identificación		
Género			Edad		
MASCULINO			63 AÑOS 2 MESES 25 DÍAS		
CC			77015401		
Tipo			Número		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
EPS			ARL		
CAJA COPI			NO REFIERE		
AFP			NO REFIERE		
Observaciones: NO APLICA					
SIN RESTRICCIONES					
RESTRICCIONES LABORALES					
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR					
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTROL Y SEGUIMIENTO EN SU EPS		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
				HACER DEPORTE	
				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 examen, 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

Keybel Araujo R.



Código de Seguridad
B944H1N21711

Aspirante o Trabajador

[Firma manuscrita]

Firma:

Nombre: LOPEZ FUENTES EDGAR ENRIQUE

CC: 77015401

Nombre: CC: 49607959 - KEYBEL JANNETH ARAUJO

Cel: 49607959

L.S.O.: 6462