

DAGER WILLIAM PÉREZ RUIZ

MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

R.M. 1.083.461.951 L-SST: 2021060097580

E-mail: perez.dager@uces.edu.co Celular: 320 560 8303

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
DIA	MES	AÑO	CIUDAD	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
18	01	2026	SEGOVIA	

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ LA PERSONA O EL ASPIRANTE

NOMBRE DE LA EMPRESA	EMPRESA EN MISIÓN
DIEGO FERNANDO ANGEL AVENDAÑO	MUNICIPIO DE REMEDIOS

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

NOMBRE Y APELLIDOS	GENERO	EDAD	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO
DIEGO FERNANDO ANGEL AVENDAÑO	MASC.	33	CC	1046909196
CARGO: CONTRATISTA - PROFESIONAL UNIVERSITARIO				

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO			
SI	NO	N/A	
		X	APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS
		X	APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS
		X	CUMPLE CON LOS REQUISITOS Y ES PATO PARA MANIPULAR ALIMENTOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
NO APLICA		

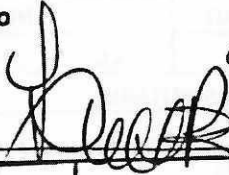
El concepto de aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	X	GLICEMIA	N/A
AUDIOMETRÍA	X	PERFIL LIPÍDICO	N/A
VISIOMETRÍA	X		N/A
RECOMENDACIONES MEDICAS			

1. SEGUIR CON MANEJO Y SEGUIMIENTO DE PyM POR MEDICINA GENERAL 2. VALORACIÓN PERIÓDICA POR EPS Y COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN PARA LA EDAD
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES <ul style="list-style-type: none"> • USO DE EPP • SVE VISUAL • SVE AUDITIVO • SVE OSTEOMUSCULAR
HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES <ul style="list-style-type: none"> • ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA • DIETA BALANCEADA • PAUSAS ACTIVAS
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES N/A

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador

Autorizo al Médico abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documentos, el médico abajo firmante 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 protegerla confidencialidad de mis resultados, las respuestas dadas por mí en este examen son completamente verídicas. Autorizo al Médico para que suministre a las persona o entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de gestión 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 afiliado, finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anteriormente descrito 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/trabajador/Otro										
<div> <div>  </div> <div>  </div> </div>	<div>  </div>										
Firma											
<table border="1"> <tr> <td>Nombre</td> <td>DAGER WILLIAM PÉREZ RUIZ</td> </tr> <tr> <td>R.M.</td> <td>1.083.461.951</td> </tr> <tr> <td>L-SST</td> <td>2021060097580</td> </tr> </table>	Nombre	DAGER WILLIAM PÉREZ RUIZ	R.M.	1.083.461.951	L-SST	2021060097580	<table border="1"> <tr> <td>Nombre</td> <td>DIEGO FERNANDO ANGEL AVENDAÑO</td> </tr> <tr> <td>TI</td> <td>1046909196</td> </tr> </table>	Nombre	DIEGO FERNANDO ANGEL AVENDAÑO	TI	1046909196
Nombre	DAGER WILLIAM PÉREZ RUIZ										
R.M.	1.083.461.951										
L-SST	2021060097580										
Nombre	DIEGO FERNANDO ANGEL AVENDAÑO										
TI	1046909196										