



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 42,347

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
15 DÍA	01 MES	2025 AÑO	INGRESO	
VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
RIVERA ALARCON EDGARD MAURICIO			PARTICULARES	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PE, Pasaporte)				
RIVERA ALARCON EDGARD MAURICIO			Nombre	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	60 AÑOS 0 MESES 1 DÍAS
			Documento de Identificación	CC
			3114058480	79661885
			Tipo	Humano
Cargo DOCENTE				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)				
Observaciones: NO APLICA				
NO SE EVALUARÁN 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:				
CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL		✓	VISIONOMETRIA	
AUDIOMETRIA		✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS - NUTRICION (OBESIDAD)				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
				DIETA BALANCEADA
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 verdicas. 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: LEON GALLARDO WILLIAM EDILBERTO		Nombre: RIVERA ALARCON EDGARD MAURICIO		
R. M.: 31861992		Código de Seguridad		
L.S.O.: 25-1433 DE 2017		R304X1D42347		
		CC: 79661885		