NIT. 900331937-0
Somedin IPS
Salud Ocupacional y Medicina Integral
Cra. 4 No 21-05 Barrio Plan de Vivienda Puerto Boyacá - Boyacá
Cel. 311 455 1388 - 315 390 9559 - Tel. 7383858
E-mail. somedinipsltda@hotmail.com
servicioalcliente@somedinips.com
www.somedinips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 92.876

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	09 MES	2026 AÑO	PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
VARGAS DIAZ JUAN DAVID	MASCULINO	33 AÑOS 4 MESES 18 DÍAS	CC (Tipo)	1098737349 (Número)

Cargo: **INSTRUCTOR**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PROTECCION	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

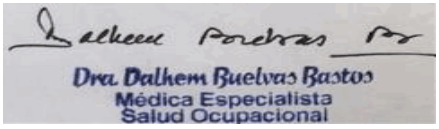
AUDIOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
VISIOMETRÍA	✓	ELECTROCARDIOGRAMA - EKG	✓
ESPIROMETRÍA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, PULMONAR, DERMATOLÓGICO, NEUROLÓGICO Y CARDIOVASCULAR	✓
GLICEMIA	✓	PRUEBA DESARROLLO PSICOSOCIAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACION POR NUTRICIONISTA : CONTROL DE PESO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRIA DE CONTROL DE ACUERDO CON LOS PARAMETROS DEL PVE AUDITIVO DE LA EMPRESA	INCLUIR EN LOS PVE DE LA EMPRESA SEGÚN LOS RIESGOS DE EXPOSICIÓN	BAJAR DE PESO
VISIOMETRIA DE CONTROL DE ACUERDO CON LOS PARAMETROS DEL PVE VISUAL DE LA EMPRESA		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
ESPIROMETRÍA DE CONTROL DE ACUERDO CON LOS PARÁMETROS DEL PVE RESPIRATORIO DE LA EMPRESA		HACER DEPORTE
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		ALIMENTACIÓN BAJA EN CARBOHIDRATOS Y DULCES
		ALIMENTACIÓN RICA EN FIBRA, LÍQUIDOS Y VERDURAS
		DIETA BALANCEADA
		DIETA BAJA EN GRASAS

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:



Nombre: CC: 46642595 - DALHEM DEL SOCORRO BUELVAS

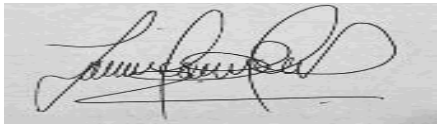
R. M.: 6002/91 **L.S.O.:** 11273/2021

Código de Seguridad

T128Z1F92876

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: VARGAS DIAZ JUAN DAVID

CC: 1098737349

