CONSULTORIO
MEDICINA LABORAL PAIPA
DR. FABIAN J. F. PAEZ

Dir: **Cra 20 # 21-00**
Centro comercial y profesional Paso Real - Local 115
Cel: **300 358 1169**
Email: **medicolaboralpaipa2025@gmail.com**
Paipa



N° 2.329

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	01 MES	2026 AÑO	PAIPA (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
INDEPENDIENTE	**INDEPENDIENTE**

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

SIN REGISTRAR

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
IBAÑEZ MALAGON JULIAN JOAQUIN	MASCULINO	30 AÑOS 0 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	1053613024 (Número)

Cargo

PROFESOR DE MUSICA

EPS	AFP	ARL
FAMISANAR	**COLPENSIONES**	**POSITIVA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CANDIDATO NO PRESENTA RESTRICCIONES PARA 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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL A NECESIDAD SEGÚN CARGO, ACTIVIDAD Y ÁREA	IMPLEMENTACIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CAPACITAR E IMPLEMENTAR MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL, CAPACITAR E IMPLEMENTAR PAUSAS ACTIVAS ADECUADAS SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL,

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

Fabián J. F. Páez P.
Médico Especialista S.S.T.
RES. 1930/23 - UPTC

Firma:

Nombre: CC: 74379742 - FABIAN JOSE FERNANDO PAEZ

R. M.: 964/2009 L.S.O.: 1930/2023

Código de Seguridad
M920S1Y2329

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: IBAÑEZ MALAGON JULIAN JOAQUIN

CC: 1053613024