Dr. EDINSON ARRIETA FLORIÁN

Consultorio 101 - Clínica Pamplona
Cel. 3133695843 - 3214118299
E-mail. edixon2304@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.675

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	01 MES	2026 AÑO	PAMPLONA (NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	ALCALDIA PAMPLONA

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	
CONTRERAS PEREZ FABIAN YAHIR	MASCULINO	35 AÑOS 11 MESES 27 DÍAS	CC (Tipo)	1090414450 (Número)

Cargo: **TRABAJO TECNICO EN CAMPO**

EPS	AFP	ARL
COMFAORIENTE	PROTECCION	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

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 OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	INFORMAR ACCIDENTES O INCIDENTES EN EL TRABAJO	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA
		CONSUMIR FRUTAS Y VERDURAS
		AUMENTAR INGESTA DE AGUA
		REALIZAR ACTIVIDADES LÚDICAS Y/O RECREATIVAS
		LAVADO DE MANOS
		SE RECOMIENDA A LA EMPRESA Y/O INSTITUCIÓN VERIFICAR VALIDEZ DEL CERTIFICADO A TRAVÉS DEL CÓDIGO QR.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA A LA EMPRESA Y/O INSTITUCIÓN VERIFICAR VALIDEZ DEL CERTIFICADO A TRAVÉS DEL CÓDIGO QR.

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

Edinson Arrieta Florián
Médico Especialista SST
LSO:002810/2018
RM: 54989

Firma:

Nombre: CC: 1085168249 - EDINSON ARRIETA

R. M.: 54989 **L.S.O.:** 002810

Código de Seguridad
G679M1S10675

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CONTRERAS PEREZ FABIAN YAHIR

CC: 1090414450