NIT. 816.003.024-0
Calle 19 #5-13, piso 4. Clínica Risaralda
Teléfonos: (6)3211606 - (6)3451190 - Celular 320-726-9333
E-mail. informacion@previsionocupacional.com - www.previsionocupacional.com
Pereira, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 74,260

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	08 MES	2025 AÑO	PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL**

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

PARTICULARES	**FARLEY ALBERTO PARRA CIFUENTES**
Nombre de la empresa	**Empresa que contrata al trabajador**

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

	RH	Genero	Edad	Documento de Identificación	
FARLEY ALBERTO PARRA CIFUENTES	O +	MASCULINO	42 AÑOS11 MESES 14 DÍAS	CC	9866577
Apellidos y Nombres				Tipo	Número

Cargo
TECNICO - ENTRENADOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO/ SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR	**SI**

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

GLICEMIA EN AYUNAS	✓	TRIGLICÉRIDOS	✓
COLESTEROL TOTAL	✓	VISIOMETRÍA	✓
TAMIZ AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y FICHA DE ALTURAS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP : DOTAR DE EPP COMPLETOS Y HOMOLOGADOS SEGÚN FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES	HÁBITOS SALUDABLES : HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA, BAJA EN AZÚCARES, HARINAS Y GRASA REFINADAS, BAJA EN SAL, EJERCICIO DIARIO, MÍNIMO 30 MINUTOS POR SESIÓN
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : SEGUN PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	CAPACITACIÓN : CAPACITACIONES PROPIAS DE LA LABOR, EN AUTOCUIDADO DE LA SALUD. EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	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 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: CAICEDO LONDOÑO VIVIANA

R. M.: 19903 **L.S.O.:** 163-21

Código de Seguridad
O133U1A74260

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PARRA CIFUENTES FARLEY ALBERT

CC: 9866577