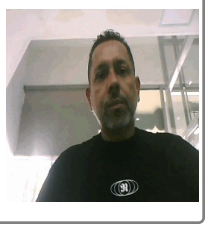
Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

INSTITUCION UNIVERSITARIA PASCUAL BRAVO

NO. CERTIFICADO	2.397.498	**FECHA**	23/10/2026 1:14 p.m.	**PRESTADOR/SEDE**	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.
PENSIONES	COLPENSIONES	**ARL**	SURA		
EPS	NUEVA EPS			**TIPO DE EXAMEN**	PERIODICO
NOMBRES Y APELLIDOS	PIZARRO ACEVEDO JOHN JAIRO			**NO. DOCUMENTO**	CC. 71.704.145
TIPO DE CARGO	ADMINISTRATIVO			**CARGO U OFICIO**	ADMINISTRATIVO
EDAD	57	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3015011293
				CORREO	videorapiz@gmail.com

ACTIVIDAD ECONOMICA: EDUCACIÓN DE INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS O DE ESCUELAS TECNOLÓGICAS

EXÁMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO PERIODICO - OPTOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - CONTINUAR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECCION OPTICA

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, PIZARRO ACEVEDO JOHN JAIRO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 71.704.145, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de CIMA OCUPACIONAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a CIMA OCUPACIONAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

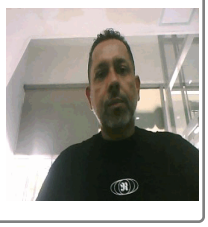
La Política de Tratamiento de Datos Personales de CIMA OCUPACIONAL S.A.S. está disponible en <https://cimaocupacional.com.co/tratamiento-de-datos/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.
En constancia, firmo:

Aspirante o trabajador

CC. 71.704.145

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

INSTITUCION UNIVERSITARIA PASCUAL BRAVO

NO. CERTIFICADO	2.397.498	**FECHA**	23/10/2026 1:14 p.m.	**PRESTADOR/SEDE**	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.
PENSIONES	COLPENSIONES	**ARL**	SURA		
EPS	NUEVA EPS			**TIPO DE EXAMEN**	PERIODICO
NOMBRES Y APELLIDOS	PIZARRO ACEVEDO JOHN JAIRO			**NO. DOCUMENTO**	CC. 71.704.145
TIPO DE CARGO	ADMINISTRATIVO			**CARGO U OFICIO**	ADMINISTRATIVO
EDAD	57	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3015011293
CORREO	videorapiz@gmail.com				

Aspirante o trabajador



CC. 71.704.145

Profesional



DIUVANY FRANCISCO HERNANDEZ VELEZ R.M 898/1997 CC 15506105 LIC 25-1362 DE 2025

Declaro que recibí información clara sobre mi valoración médica ocupacional, sus resultados y recomendaciones. Acepto consultar mis resultados por los medios habilitados y dentro de los tiempos establecidos.

ELABORADO Y EMITIDO POR

CIMA OCUPACIONAL S.A.S. 9009604568 SEDE: CIMA OCUPACIONAL S.A.S. CARRERA 48 # 18A-126 PRIMER PISO LOCALES EXTERNOS PBX: (601) 770 27 74 MEDELLIN ANTIOQUIA

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

Confidencial: Este documento es exclusivo de CIMA OCUPACIONAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.cimaocupacional.com.co