



**N° 4.611**

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
10 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO					
			Ciudad						
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
Nombre de la empresa				Empresa en misión					
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES					
CIU (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	
VALERO MORENO ALEJANDRO DAVID				MASCULINO		53 AÑOS 3 MESES 12 DÍAS		CC 79642184	
						Tipo		Número	
Cargo									
INDEPENDIENTE									
EPS			AFP			ARL			
SANITAS			COLPENSIONES			SURA			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL									
CUMPLE CON EL PERFIL DEL 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:									
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓		-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
USAR CORRECCIÓN VISUAL			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			CAPACITACIÓN			FORTALECIMIENTO MUSCULAR			
			P Y P VISUAL			CONTROL DE PESO			
			P Y P AUDITIVO			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
			P Y P OSTEOMUSCULAR			HACER DEPORTE			
						DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
BASADOS EN LA EVIDENCIA Y SEGUN HALLAZGOS EN ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO AL PACIENTE SE LE RECOMIENDA:									
1.HIGIENE POSTURAL.									
2.HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE (EJERCICIOS Y DIETA).									
3 .CONTROLES PERIÓDICOS OCUPACIONALES.									
4.REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA.									
5 EPP SEGUN SE REQUIERA									
6.CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL, PAUSAS ACTIVAS VISUALES									
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.									
Médico				Aspirante o Trabajador					
Firma: _____				Firma: _____					
Nombre: CC: 1032416619 - JAVIER DANIEL BUITRAGO				Nombre: VALERO MORENO ALEJANDRO DAVID					
				Código de Seguridad					

