CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000402952

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES SAS FECHA 02/03/2023 09:44:37

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LUIS FERNANDO BENITES SABEDRA **C.C** 17281084

EDAD 51 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☐	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☐						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

USO DE MEDIAS ANTIVARICE/ HIGIENE POSTURAL / CONTROL POR NUTRICION EPS/ ANTECEDENTE OSTEOMUSCULAR MANO DERECHA
CONTROL MEDICO EPS
USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./ SE SUGIERE VALORACION AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Luis Fernando Benites

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Anderson Y. Gómez Avila
Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
MC 45 1/2016

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional **LABORAL**

Empresa: JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S	Nit: 901.576638-9	Fecha: 2023-03-01
Pre Ocupacional o Ingreso ✔	Posocupacional Egreso ___	Periódico ___
Nombres Y Apellido:	Mauricio Rincon	CC.: 79824803
Edad: 45 AÑOS	Sexo: M	Cargo : Ayudante de Obra
Peso: 78 Kg	Altura: 1.80 m	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional:	✔	Exámenes de Laboratorio:	Si ___ No ✔
Visiometría:	___	Glic: ___ Col: ___ Trigi:___ otros: ___	
Optometría	✔		
Audiometría:	✔	Cuales: _____	
Espirometría:	___	Radiografías:	
Prueba de equilibrio:		Estable ✔	Inestable: ___
OSTEOMUSCULAR:		Normal	

El suscrito médico hace constar que el (la) señor (a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el Siguiente diagnóstico.

APTO	✔	MOTIVO	APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
NO APTO	__	MOTIVO	_____

OBSERVACIONES:

USO DE EPP

CONTROL EPS

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si ____ NO ____

EXAMEN PERIÓDICO

Puede Continuar con su labor SI NO Se sugiere reubicación laboral SI NO

EXAMEN DE EGRESO

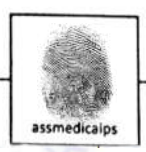
Sospecha de enfermedad profesional SI NO Cuál

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

Mauricio Rincon

FIRMA DEL PACIENTE



Juan Carlos Contreras
Medico Ocupacional
Universidad Nacional
T.P.-73.4[illegible]

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Carrera 21 nª 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 – 3214 994 282
E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com
Horarios de confirmación para los exámenes: Lun a Vie de 8:00am 12:00 M y 2:00 pm a 5:00pm

E-mail: assmedicaips@hotmail.com - https://assmedicaips.com

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional **LABORAL**

Empresa: JMC MAQUINARIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S	Nit: 901.576638-9	Fecha: 2023-03-04
Pre Ocupacional o Ingreso ✔	Posocupacional Egreso ___	Periódico ___
Nombres Y Apellido:	Leonardo Eleazar Guauriyu Guauriyu	CC.: 1121297102
Edad: 32 AÑOS	Sexo: M	Cargo : Ayudante de Obra
Peso: 82 Kg	Altura: 1.68 m	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional:	✔	Exámenes de Laboratorio:	Sí ___ No ✔
Visiometría:	___	Glic: ___ Col: ___ Trigi:___ otros: ___	
Optometría	✔		
Audiometría:	✔	Cuales: _____	
Espirometría:	___	Radiografías:	
Prueba de equilibrio:		Estable ✔	Inestable: ___
OSTEOMUSCULAR:		Normal	

El suscrito médico hace constar que el (la) señor (a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el Siguiente diagnóstico.

APTO	✔	MOTIVO	APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
NO APTO	__	MOTIVO	_____

OBSERVACIONES:
USO DE EPP
CONTROL EPS
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si ____ NO ____

EXAMEN PERIÓDICO

Puede Continuar con su labor	SI	NO	Se sugiere reubicación laboral	SI	NO

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional	SI	NO	Cuál

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

Leonardo Guauriyu
FIRMA DEL PACIENTE

Juan Carlos Contreras
Medico Ocupacional
Universidad Nacional
T.P.- 73.4[illegible]
FIRMA DEL ESPECIALISTA

Assmedica
NIT: 800149453
Salud Ocupacional

Carrera 21 nª 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 – 3214 994 282
E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com
Horarios de confirmación para los exámenes: Lun a Vie de 8:00am 12:00 M y 2:00 pm a 5:00pm

E-mail: assmedicaips@hotmail.com - https://assmedicaips.com

Scanned by TapScanner

MEDICINA LABORAL

DR. UBSIMAR ALIRIO PARDO MORA
MEDICINA GENERAL Y ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
REG. MEDICO 1683/95- C.C 7.958.103

EXAMEN DE INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESOLUCIONES 2346 DE 2007 Y 1409 DE 2012 MPS

PARDOUBSIMARALIRIO@GMAIL.COM

CIUDAD Y FECHA: BOGOTA 20 DE FEBRERO DE 2023
NOMBRE DEL TRABAJADOR: BRAYAN JOHAO CAMELO PALACIO
DOCUMENTO: 1030621802 EDAD: 30 AÑOS CARGO: INSPECTOR DE OBRA
EMPRESA: INGECOP OBRAS CIVILES S.A.S NIT: 901583763-0
TIPO DE EXAMEN PRACTICADO: Pre-Ocupacional y de Actitud Física Para Trabajo en alturas y espacios confinados
Finalidad: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto

EXAMENES REALIZADOS						RESULTADO	
1. AUDIOMETRIA TONAL (ESCALA DE LARSEN)						NORMAL	
2.ESPIROMETRIA						NORMAL	
3. OXIMETRIA DE PULSO: 02 AMBIENTE						98%	O+
4. OPTOMETRIA: (OPTEC 2020)						NORMAL	
5. GLICEMIA: NORMAL		COL. TOTAL NORMAL		COL.HDL NORMAL		COL.LDL NORMAL	TRIGLI: NORMAL
6.PSICOSENSOMETRICOS						SIN ALTERACION	
7.PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS						SIN ALTERACION	
8.EXAMEN OSTEOMUSCULAR DE MIEMBROS SUPERIORIORES E INFERIORES						SIN ALTERACION	
09.VARIABLES FISICAS	FRECUENCIA CARDIACA	61	TALLA PESO	1.80 CMS 83 KG	T/A SISTOLICA T/A DIASTOLICA	120 80	

CONCEPTO DEL MEDICO OCUPACIONAL

1.SIN RESTRICCIONES	
2.CONDICIONAL (ALTERACIONES QUE NO INTERVIENEN CON EL TRABAJADOR)	
3.RESTRINGIDO (ALTERACIONES0QUE NO INTERVIENEN CON EL TRABAJADOR)	
4.APLAZADO	NO

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA LABORAR, APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR; SEGUN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORACION MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLINICOS:(**SI**)
TIPO DE ALTERACIONES: ***NINGUNA, PACIENTE APTO PARA ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS***

ALTERACION	CONDICIONES O INTERVENCIONES PARA EL PACIENTE	TEMPORAL	PERMANENTE
1.ENFERMEDAD O LESIONES	NINGUNO		
2.RIESGO CARDIOVASCULAR	NINGUNO		

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, USAR PROTECCION VISUAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR LAS RECOMENDACIONES ESTRICTAS DE MEDICINA OCUPACIONAL, HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL.

COMORBILIDAD: CON LO DESCRITO EN LA CIRCULAR SANITARIA 030 DE MAYO DE 2020 EL PACIENTE NO PRESENTA NINGUNO DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL COVID – 1. (SISTEMA INMUNITARIO DEPRIMIDO, DIABETICO, CANCER, HTA U OBESIDAD)

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL:	FIRMA DEL TRABAJADOR:	HUELLA INDICE DERECHO:
Dr. Ubsimar Alirio Pardo Mora MED. GENERAL Y SALUD OCUPACIONAL REG 1683/95 - C.C. 7958103		

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: El presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud ocupacional de la empresa contratante del servicio en concordancia con la RESOLUCION 1409 de julio de 2012; se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos.

Clinisur IPS 1 Ltda. Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000363955

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: INGECOP OBRAS CIVILES SAS FECHA 07/09/2022 12:05:04

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: BRAYAN ESTIVEN QUINTERO GAVIRIA **C.C** 1072674638

EDAD 22 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNO

RECOMENDACIONES

PUEDE LABORAR EN ALTURAS
CONTROL OPTOMETRIA EPS/ USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Brayan Quintero

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Ginna Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. SO 11330/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000404518

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: INGECOP OBRAS CIVILES SAS FECHA 08/03/2023 14:32:04

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LUIS DAVID MUÑOZ MENDOZA **C.C** 1051891343

EDAD 27 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐		
Visiometría	☑	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☐
Optometría	☐	**¿Cuáles?**			
Audiometría	☑				
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑		
		Otros	☐		

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☑	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS
CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Claudia Patricia Gonzalez S.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.503.829

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000394278

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: INGECOP OBRAS CIVILES SAS FECHA 31/01/2023 16:28:54

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: PEDRO PABLO PAEZ **C.C** 11348096

EDAD 52 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑ NO ☐
Visiometría	☑	Glic ☑ Col ☑ Trigli ☑ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☑	☐	☐
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

ALTURAS
- ALTERRACION AUDITIVA
- ALTERACION CORONARIA

RECOMENDACIONES

VALORACION OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIA SEMESTRAL EPS/ USO OBLIGATORIO DE PROTECCION AUDITIVA/PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO / INGRESAR SVE AUDITIVO
CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO DE RUTINA - CARDIOLOGIA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Claudia Patricia Gonzalez S.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.503.829

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

UNIDAD MÉDICA BOSA NOVA IPS
NIT 901458228-7
CÓDIGO DE HABILITACIÓN S D S 1100137378-01
LIC SALUD OCUPACIONAL - RESOLUCIÓN 9782 DEL 02/07/2021
Calle 62 Sur No 87B 22 Bosa Nova Tropezon - Bogotá D C
Cel 3102802760 - Tel 7816119 - Email unidadmedicabosanova@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 9.804

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DIA	09 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

PARTICULARES	FAVIO LESMES DUARTE - NIT: 3166666-9
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

TUMAY MERLO FERNEY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	47 AÑOS 0 MESES 3 DÍAS	CC	74858661
Apellidos y Nombres			Tipo	Numero

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA ALTURAS.

Observaciones: *ASTIGMATISMO SIN CORRECCION- ANT. TRAUMA OCULAR IZQ. PERDIDA AV NO CORREGIBLE- PTERIGION OD- HIPERTRIGLICERIDEMIA LEVE*

NO APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
VISIOMETRÍA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
GLICEMIA	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : OFTALMOLOGIA- OPTOMETRIA- NUTRICION	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA : HIPOLIPIDICA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APTO PARA LABORAR EN PISO BAJO CON RESTRICCION EN ALTURAS.

CONFORME A LA RESOLUCIÓN 3673 DEL 2008, ARTICULO 5, (REGLAMENTO TÉCNICO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS), PACIENTE PRESENTA RESTRICCION PARA TRABAJO EN ALTURAS: TRABAJADOR CON ANTECEDENTE ETRAUMA OCULAR CON PERDIDA DE AGUDEZA VISUAL OJO IZQUIERDO, NO CORREGIDA.

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.

Impulsado por CamScanner

Powered by CamScanner

UNIDAD MÉDICA BOSA NOVA IPS

NIT 901458228-7

CÓDIGO DE HABILITACIÓN S.D.S: 1100137378-01

LIC. SALUD OCUPACIONAL: RESOLUCIÓN 9782 DEL 02/07/2021

Calle 62 Sur No 87B-22 Bosa Nova -Tropezon - Bogotá D.C.

Cel. 3102802760 - Tel. 7846348 - Email. unidadmedicabosanova@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.443

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	03 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

PARTICULARES	FAVIO LESMES DUARTE - NIT: 3166666-9
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

CERON LINARES LAUREANO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	50 AÑOS 10 MESES 25 DÍAS	CC	79063309
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo

OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA - SOBREPESO- PRESBICIA CON CORRECCION- HIPOACUSIA LEVE BILATERAL*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
VISIOMETRÍA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
GLICEMIA	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : PATOLOGIA CRONICA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : VISION CERCANA	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	HACER DEPORTE
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	DIETA BALANCEADA
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA : - EN EXPOSICION A RUIDO MAYOR DE 85DB	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PREVIAS

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.

Powered by CamScanner

Médico

Dra. Julieth Garay Urbina
Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
Res. 987 de 27 / 01 / 2020

Firma:

Nombre: GARAY URBINA JULIETH ANDREA

R. M.: 1033765179 **L.S.O.:** 987 DE 27 ENERO 2020

Código de Seguridad

Z895F1L16443

Aspirante o Trabajador

LAUREANO CERON

Firma:

Nombre: CERON LINARES LAUREANO



CC: 79063309

Powered by CamScanner

UNIDAD MÉDICA BOSA NOVA IPS

NIT 901458228-7

CÓDIGO DE HABILITACIÓN S.D.S: 1100137378-01

LIC. SALUD OCUPACIONAL: RESOLUCIÓN 9782 DEL 02/07/2021

Calle 62 Sur No 87B-22 Bosa Nova -Tropezon - Bogotá D.C.

Cel. 3102802760 - Tel. 7846348 - Email. unidadmedicabosanova@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.447

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	03 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

PARTICULARES	FAVIO LESMES DUARTE - NIT: 3166666-9
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

COLORADO LESMES CHIRSTIAN FERNANDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	30 AÑOS 7 MESES 13 DÍAS	CC	1022978897
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA LABORAR. CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO AFECTA LA LABOR ASIGNADA.

Observaciones: *TENDINITIS RODILLA DERECHA?*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
VISIOMETRÍA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
GLICEMIA	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL	SVE OSTEOMUSCULAR	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADOR REFIERE CUADRO DE UNA SEMANA DE DOLOR POSTERIOR DE RODILLA DERECHA AL EXAMEN FISICO NO HAY ALTERACION NI DOLOR AL MOMENTO, SE RECOMIENDA CONTROL MEDICINA GENERAL MANEJO Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

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: Dra. Julieth Garay Urbina, Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo, Res. 987 de 27/01/2020

Nombre: GARAY URBINA JULIETH ANDREA

R. M.: 1033765179 L.S.O.: 987 DE 27 ENERO 2020

Aspirante o Trabajador



Firma: Christian Lesmes

Nombre: COLORADO LESMES CHIRSTIAN FERNANDO

CC: 1022978897

Código de Seguridad

R895X1D16447

Powered by CamScanner

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirección: CALLE 19 No. 3-56 p 12 Cc
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA SUR	**DIRECCIÓN**	Autopista Sur (Transversal. 35) No. 32 B - 42 Sur, Barrio Villa Mayor
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.sur@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-07-19	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	RAMIRO LOPEZ VARGAS			Identificación CC	Nro 1030654117
Fecha de Nacimiento	1995-05-23	**Edad**	27	**Sexo**	M
Empresa	CONCRETOS ESTAMPADOS EN PISOS Y PAREDES SAS				
Cargo	OFICIAL				
Fecha Ingreso	2022-07-19 08:41:02	**Fecha Salida**	2022-07-19 09:23:30		

EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ
ESPIROMETRIA
VISIOMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD
CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES
OTRAS: NO PRESENTA

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA
OTROS: NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Dra. Julie Pauline Zapata V.
Médico ESP S.O
Medicina Física del Deporte
Reg: 5071010
De 27/01/2015

JULIE PAULINE ZAPATA VASQUEZ
RM: 52814156
Firma y sello del médico

RAMIRO LOPEZ VARGAS
CC 1030654117
Firma del trabajador

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. [illegible]
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA SUR	**DIRECCIÓN**	Autopista Sur (Transversal. 35) No. 32 B - 42 Sur, Barrio Villa Mayor
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.sur@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-07-19	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	ARTEMO DE JESUS ORREGO FLOREZ	Identificación CC	Nro 79263890		
Fecha de Nacimiento	1963-02-12	**Edad**	59	**Sexo**	M
Empresa	CONCRETOS ESTAMPADOS EN PISOS Y PAREDES SAS				
Cargo	INSPECTOR DE OBRA				
Fecha Ingreso	2022-07-19 08:52:26	**Fecha Salida**	2022-07-19 09:28:45		

EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ
ESPIROMETRIA
VISIOMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD
CONCEPTO DE APTITUD — SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES
NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA — SI
Observaciones:
VALORACION POR NUTRIION POR EPS
NO PRESENTA

OTRAS:

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA
CONDICION VISUAL — SI
Observaciones:
CONTROL ANUAL
NO PRESENTA

OTROS

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Enrique Castellanos Buendia MD
S. Ocupacional
Lic. No. 12427 2014
R.M. 19323429 S.D

MANUEL ENRIQUE. CASTELLANOS. BUENDIA.
RM: 19323429
Firma y sello del médico

ARTEMO DE JESUS ORREGO FLOREZ
CC 79263890
Firma del trabajador

Powered by CamScanner

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA SUR	**DIRECCIÓN**	Autopista Sur (Transversal. 35) No. 32 B - 42 Sur, Barrio Villa Mayor
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.sur@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-07-19	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	MAGUIBER LUNA POLOCHE			Identificación CC	Nro 1105057570
Fecha de Nacimiento	1989-08-30	**Edad**	32	**Sexo**	M
Empresa	CONCRETOS ESTAMPADOS EN PISOS Y PAREDES SAS				
Cargo	AYUDANTE DE OBRA				
Fecha Ingreso	2022-07-19 13:11:54	**Fecha Salida**	2022-07-19 13:23:21		

EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ
ESPIROMETRIA
VISIOMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD
CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES
OTRAS: NO PRESENTA

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA
OTROS: NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Dra. Kimberlyn Medina Sánchez
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad del Rosario

KIMBERLYN MEDINA SANCHEZ
RM: 1026562375
Firma y sello del médico

MAGUIBER LUNA POLOCHE
CC 1105057570
Firma del trabajador

Escaneado con CamScanner

O EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.
901.120.583-5

IPS SERVIR

Certificado de Aptitud Laboral
INGRESO
OTROS

Fecha: 12/Ene/2023, Hora: 08:28:29 a.m.
Apellido: FERNANDEZ BARBOSA Nombre: JORGE ARMANDO
Tipo Doc: CC Nro Identidad: 80253946
Empresa: CONCRETOS ESTAMPADOS EN PISOS Y PAREDES SAS
Cargo: AYUDANTE
Direccion: CRA 10 ESTE #75-26 SUR
no: Celular: 3124266962 Email: Estado Civil: Soltero
d: Bogota D.C. - Usme

HC: # 48351
Edad: 38 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 24/Feb/1984
Rh: A-

Examenes Realizados

etria, ESPIROMETRIA, Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

Concepto

Recomendaciones

Elementos de Proteccion Personal
: Postural
Activas
'ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR/EVITAR EL CONSUMO DE CIGARRILLOS .
CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.CONTROL POR OPTOMETRIA EN 1 AÑO/SE SUGIERE CONTROL ANUAL, EXTRACCION
RUMEN EN OD POR LA EPS , CONTINUAR CON HIGIENE AUDITIVA, USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION
TIVA/REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA/MANTENER UN
O DE VIDA SALUDABLE.
TINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA
RIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Observaciones

ENTE QUE A LA FECHA NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud al, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal ario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede icar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la esa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA ENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**

Tatiana Martin
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M 8526/2015
LIC.S.O. 3594/2016

LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

JORGE ARMANDO FERNANDEZ BARBOSA
CC 80253946

Huella Digital

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com

Escaneado con CamScanner

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.
901.120.583-5

IPS SERVIR

Certificado de Aptitud Laboral
INGRESO
OPERATIVO



Fecha: 07/Mar/2023, Hora: 08:06:37 a.m.
Apellido: VELA MORALES
Nombre: FRANKLIN SNAIDER
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 1075290159
Empresa: CONCRETOS ESTAMPADOS EN PISOS Y PAREDES SAS
Cargo: OPERARIO
Direccion: BOSA LAURELES
Telefono: Celular: 3223796479 Email: Estado Civil: Soltero
Ciudad: Bogota D.C. - Bosa

HC: # 51584
Edad: 27 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 31/May/1995
Rh: A+

Examenes Realizados
Audiometria, ESPIROMETRIA, Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

Concepto
APTO CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones
Uso de Elementos de Proteccion Personal
Higiene Postural
Pausas Activas
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAL.
* REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA.
* MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
* CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
* SE SUGIERE CONTROL ANUAL, EXTRACCION DE CERUMEN BILATERAL POR LA EPS, USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVA (COPAS Y/O INSERCION) EN EXPOSICIÓN A RUIDO MAYOR A 85db , SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE LA SALUD AUDITIVA.
* REQUIERE VALORACIÓN POR OPTOMETRIA. REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA REALIZAR TODAS SU ACTIVIDADES.

Observaciones
*PACIENTE QUE, A LA FECHA, NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR ,**el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**

RICARDO CARRILLO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
Registro #: 1867/2008

FRANKLIN SNAIDER VELA MORALES
CC 1075290159

Huella Digital

Cra. 9 No. 12-44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com

Escaneado con CamScanner

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.
901.120.583-5

IPS SERVIR

Certificado de Aptitud Laboral
INGRESO
OPERATIVO



Fecha: 07/Mar/2023, **Hora:** 08:05:29 a.m.
Apellido: VEGA ALAPE **Nombre:** ELVER
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 93021749
Empresa: CONCRETOS ESTAMPADOS EN PISOS Y PAREDES SAS
Cargo: OPERARIO
Direccion: CRA 18G N 82C-33 SUR
Telefono: **Celular:** 3124681155 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Bogota D.C. - Ciudad Bolivar

HC: # 51582
Edad: 40 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 25/Jul/1982
Rh: A+

Examenes Realizados
Audiometria, ESPIROMETRIA, Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

Concepto
APTO CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones
Uso de Elementos de Proteccion Personal
Higiene Postural
Pausas Activas
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR/DEBE HACER USO Y MANEJO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA (DOBLE PROTECCION AUDITIVA.INSERCIÓN Y/O COPA) EN EXPOSICIÓN A RUIDO MAYOR A 85dB/SE SUGIERE PROTECCIÓN DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD Y A LA IMPLEMENTADA POR LA EMPRESA. CONTROL 1 AÑO/REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA.
*MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Observaciones
*PACIENTE QUE A LA FECHA NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**

LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

ELVER VEGA ALAPE
CC 93021749

Huella Digital

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA SUR 2	**DIRECCIÓN**	Autopista Sur Transv. 35 No. 36 - 40
TELEFONO	7443001	**EMAIL**	citas.sur@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-11-28	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	YERSON GILBERTO TENORIO ORTIZ		Identificación CC	Nro	1018447740
Fecha de Nacimiento	1991-09-13	**Edad**	31	**Sexo**	M
Empresa	CONCRETOS ESTAMPADOS EN PISOS Y PAREDES SAS				
Cargo	AYUDANTE				
Fecha Ingreso	2022-11-28 06:28:42	**Fecha Salida**	2022-11-28 07:05:41		

EXAMENES

AUDIOMETRIA TAMIZ
ESPIROMETRIA
VISIOMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA: SI
VALORACION EPS: SI
Observaciones:
NUTRICION
NO PRESENTA

OTRAS

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS: NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omision o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoracion.

Fui informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



RICARDO ANDRES MENDOZA PATERNINA
RM 73188203
Firma y sello del medico

YERSON GILBERTO TENORIO ORTIZ
CC 1018447740
Firma del trabajador

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.
901.120.583-5

IPS SERVIR

Certificado de Aptitud Laboral
INGRESO
OPERATIVO



Fecha: 14/Dic/2022, **Hora:** 08:17:22 a.m.
Apellido: OROZCO **Nombre:** MAURICIO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1111452030
Empresa: CONCRETOS ESTAMPADOS EN PISOS Y PAREDES SAS
Cargo: AYUDANTE
Direccion: CALLE 8 N 8-29 ESTE
Telefono: **Celular:** 3508609099 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Soacha- cundinamarca

HC : # 47328
Edad: 37 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 17/May/1985
Rh: O+

Examenes Realizados
Audiometria, ESPIROMETRIA, Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

Concepto
APTO CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones
Uso de Elementos de Proteccion Personal
Higiene Postural
Pausas Activas
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAL.
*EXTRACCION DE CERUMEN EN OD POR LA EPS
* REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA.
* MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
* CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones
*PACIENTE QUE, A LA FECHA, NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** .el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**

Yuli Alexandra Alape Tapiero
Lic. [illegible]
Medica Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

YULI ALEXANDRA ALAPE TAPIERO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
Lic. de S.O #: 251434/2017
Registro #: 151380

Mauricio

MAURICIO OROZCO
CC 1111452030

Huella Digital

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com

Powered by CamScanner

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.
901.120.583-5

IPS SERVIR

Certificado de Aptitud Laboral
INGRESO
OPERATIVO



Fecha: 07/Mar/2023, **Hora:** 08:06:17 a.m.
Apellido: CASTAÑEDA ROMERO **Nombre:** JOHN JAIRO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1012442572
Empresa: CONCRETOS ESTAMPADOS EN PISOS Y PAREDES SAS
Cargo: OPERARIO
Direccion: CALLE 71A N 30-16 SUR
Telefono: **Celular:** 3134878847 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Bogota D.C. - Bosa

HC: # 51583
Edad: 25 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 12/Abr/1997
Rh: O+

Examenes Realizados
Audiometria, ESPIROMETRIA, Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

Concepto
APTO CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones
Uso de Elementos de Proteccion Personal
Higiene Postural
Pausas Activas
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAL.
* REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA.
* MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
* CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
* SE SUGIERE CONTROL ANUAL, EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE AUDIOLOGÍA CLÍNICA POR LA EPS.DEBE HACER USO Y MANEJO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA (INSERCIÓN Y/O COPA) EN EXPOSICIÓN A RUIDO MAYOR A 85dB

Observaciones
*PACIENTE QUE, A LA FECHA, NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**

RICARDO CARRILLO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
Registro #: 1867/2008

JOHN JAIRO CASTAÑEDA ROMERO
CC 1012442572
Huella Digital

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA SUR	**DIRECCIÓN**	Autopista Sur (Transversal. 35) No. 32 B - 42 Sur, Barrio Villa Mayor
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.sur@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-07-19	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	LUIS ALBERTO RUIZ GUIZA			Identificación CC	Nro 13957075
Fecha de Nacimiento	1975-06-30	**Edad**	47	**Sexo**	M
Empresa	CONCRETOS ESTAMPADOS EN PISOS Y PAREDES SAS				
Cargo	OFICIAL				
Fecha Ingreso	2022-07-19 13:04:42	**Fecha Salida**	2022-07-19 13:19:48		

EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRIA TAMIZ
ESPIROMETRIA
VISIOMETRIA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

OTRAS: NO PRESENTA

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS: NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Dra. Kimberlyn Medina Sanchez
Medica Especialista en Salud Ocupacional
Universidad de Antioquia

Luis A Ruiz

KIMBERLYN MEDINA SANCHEZ
RM 1026562375
Firma y sello del médico

LUIS ALBERTO RUIZ GUIZA
CC 13957075
Firma del trabajador

Escaneado con CamScanner

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.
901.120.583-5

IPS SERVIR

Certificado de Aptitud Laboral
INGRESO
OTROS



Fecha: 23/Enc/2023, **Hora:** 10:11:52 a.m.
Apellido: FORERO SANABRIA **Nombre:** DANIEL ANTONIO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1109299643
Empresa: CONCRETOS ESTAMPADOS EN PISOS Y PAREDES SAS
Cargo: AYUDANTE
Direccion: CLL 73 BIS SUR # 77 K 47
Telefono: **Celular:** 3232897191 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: Bogota D.C. - Bosa

HC: # 49525
Edad: 26 años
Sexo: Masculino
Nacim: 03/Feb/1996
Rh: O+

Examenes Realizados

Audiometria, ESPIROMETRIA, Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

Concepto

Recomendaciones

Uso de Elementos de Proteccion Personal
Higiene Postural
Pausas Activas
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR./DEBE HACER USO Y MANEJO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA (INSERCIÓN Y/O COPA) EN EXPOSICIÓN A RUIDO MAYOR A 85dB/REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA.
*SE SUGIERE PROTECCIÓN DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD Y A LA IMPLEMENTADA POR LA EMPRESA. CONTROL DE OPTOMETRIA EN 1 AÑO.
*MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Observaciones

*PACIENTE QUE A LA FECHA NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este certificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**

LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

Daniel

DANIEL ANTONIO FORERO SANABRIA
CC 1109299643

Huella Digital

Cra. 9 No. 12-44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com
comercial@servirips.com

Escaneado con CamScanner

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000405904

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: INGECOP OBRAS CIVILES SAS FECHA 16/03/2023 08:15:17

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LUIS ANTONIO CARO VARGAS **C.C** 19496248

EDAD 61 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRIA - ORTOPTICA - OFTALMOLOGIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR
CONTROL MEDICO DE RUTINA - ORTOPEDIA EPS/ HIGIENE POSTURAL / USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
INCLUIR EN EL SVE ERGONOMICO
NO REALIZAR LABORES EN ALTURAS
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Claudia Patricia Gonzalez S.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.503.829

FIRMA DEL ESPECIALISTA