OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: Cel: 3113544537
MANIZALES

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL



FECHA: **DIA:** 13 **MES:** 06 **AÑO:** 2023

I - DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE DE LA EMPRESA: ACABADOS DACAR
NOMBRE Y APELLIDOS: ALEJANDRO ALZATE WALTEROS
IDENTIFICACION: CC - 1060651693
CARGO: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

INGRESO

III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

APTO SIN RESTRICCIONES
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

IV - TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

NINGUNO

V - RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- RIESGO ERGONOMICO

OBSERVACIONES: SE REALIZA EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO, CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL SIN ENCONTRARSE AL MOMENTO DE LA EVALUACION PATOLOGIAS QUE PUEDAN INTERFERIR O VERSE AFECTADAS CON LA ACTIVIDAD PARA LA CUAL ES CONTRATADO. APTO SIN RESTRICCIONES.
APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS

LA PRESENTE EVALUACION MEDICA SE REALIZA SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE (RESOLUCION 0350 DEL 01/03/2022)

A LA FECHA CUENTA CON LA APLICACIÓN DE 2 DOSIS DE BIOLOGICO PARA COVID 19

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y exámenes complementarios. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Medico Ocupacional y/o exámenes complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información suministrada es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que se le de a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de Salud Ocupacional.

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: 3113544537 - MANIALES

Aspirante o Trabajador

ALEJANDRO ALZATE WALTEROS
CC - 1060651693

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: Cel: 3113544537
MANIZALES

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL



FECHA: **DIA:** 11 **MES:** 07 **AÑO:** 2023

I - DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE DE LA EMPRESA: ACABADOS DACAR
NOMBRE Y APELLIDOS: HECTOR ARLEY BETANCOURTH GONZALEZ
IDENTIFICACION: CC - 75073566
CARGO: OFICIAL DE PINTURA

II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

INGRESO

III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

APTO SIN RESTRICCIONES
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

IV - TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

NINGUNO

V - RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- RIESGO ERGONOMICO

OBSERVACIONES: SE REALIZA EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO, CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL SIN ENCONTRARSE AL MOMENTO DE LA EVALUACION PATOLOGIAS QUE PUEDAN INTERFERIR O VERSE AFECTADAS CON LA ACTIVIDAD PARA LA CUAL ES CONTRATADO. APTO SIN RESTRICCIONES.
APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS

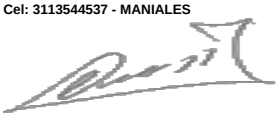
LA PRESENTE EVALUACION MEDICA SE REALIZA SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE (RESOLUCION 0350 DEL 01/03/2022)

A LA FECHA CUENTA CON LA APLICACIÓN DE 2 DOSIS DE BIOLOGICO PARA COVID 19

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y exámenes complementarios. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Medico Ocupacional y/o exámenes complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información suministrada es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que se le de a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de Salud Ocupacional.

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: 3113544537 - MANIALES



Aspirante o Trabajador

HECTOR ARLEY BETANCOURTH GONZALEZ
CC - 75073566

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: Cel: 3113544537
MANIZALES

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL



FECHA: **DIA:** 13 **MES:** 06 **AÑO:** 2023

I - DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE DE LA EMPRESA: ACABADOS DACAR
NOMBRE Y APELLIDOS: CESAR AUGUSTO CASTAÑEDA
IDENTIFICACION: CC - 75108291
CARGO: OFICIAL DE PINTURA

II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

PERIODICO

III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS
EXAMEN PERIODICO NORMAL

IV - TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

NINGUNO

V - RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EN LA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- RIESGO OSTEOMUSCULAR
- RIESGO ERGONOMICO

OBSERVACIONES: SE REALIZA EXAMEN MEDICO LABORAL PERIODICO CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL, SIN ENCONTRARSE AL MOMENTO DE LA EVALUACION PATOLOGIAS RELACIONADAS CON SU ACTIVIDAD LABORAL O QUE LE IMPIDAN CONTINUAR CON LA LABOR PARA LA CUAL FUE CONTRATADO POR LO CUAL SE CONSIDERA QUE PUEDE CONTINUAR CON SU ACTIVIDAD LABORAL HABITUAL SIN RESTRICCIONES.
APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS

LA PRESENTE EVALUACION MEDICA SE REALIZA SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE (RESOLUCION 0350 DEL 01/03/2022)

A LA FECHA CUENTA CON LA APLICACIÓN DE 2 DOSIS DE BIOLOGICO PARA COVID 19

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y exámenes complementarios. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Medico Ocupacional y/o exámenes complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información suministrada es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que se le de a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de Salud Ocupacional.

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: 3113544537 - MANIALES



Aspirante o Trabajador

CESAR AUGUSTO CASTAÑEDA
CC - 75108291

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: Cel: 3113544537
MANIZALES

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL



FECHA: **DIA:** 30 **MES:** 05 **AÑO:** 2023

I - DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE DE LA EMPRESA: ACABADOS DACAR
NOMBRE Y APELLIDOS: EDUARDO RAMIREZ GUTIERREZ
IDENTIFICACION: CC - 1002731628
CARGO: OFICIAL DE PINTURA

II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

TRABAJO EN ALTURAS

III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

IV - TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

NINGUNO

V - RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- RIESGO OSTEOMUSCULAR
- RIESGO ERGONOMICO

OBSERVACIONES: SE REALIZA EXAMEN MEDICO LABORAL CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL, SIN ENCONTRARSE AL MOMENTO DE LA EVALUACION PATOLOGIAS RELACIONADAS CON SU ACTIVIDAD LABORAL O QUE LE IMPIDAN CONTINUAR CON LA LABOR PARA LA CUAL FUE CONTRATADO POR LO CUAL SE CONSIDERA QUE PUEDE CONTINUAR CON SU ACTIVIDAD LABORAL HABITUAL SIN RESTRICCIONES.

APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS

LA PRESENTE EVALUACION MEDICA SE REALIZA SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE (RESOLUCION 0350 DEL 01/03/2022)

A LA FECHA CUENTA CON LA APLICACIÓN DE 1 DOSIS DE BIOLOGICO PARA COVID 19

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y exámenes complementarios. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Medico Ocupacional y/o exámenes complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información suministrada es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que se le de a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de Salud Ocupacional.

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: 3113544537 - MANIALES

Aspirante o Trabajador

EDUARDO RAMIREZ GUTIERREZ
CC - 1002731628

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Reintegro **Fecha de consulta:** 17/04/2023

Información paciente

Empresa: JOSE DANIEL CARVAJAL ESPINOZA
Nombre completo: John Fredy Carvajal Espinosa
Responsable: El mismo paciente
Cargo: Inspector De Obra
Edad: 45
Estado civil: Casado
Teléfono: 3128460476
Nº hijos: 0
EPS: EPS Sanitas

Empresa en misión:
Identificación: CC: 75085002
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 23/07/1977
Genero: Masculino
Escolaridad: Técnica
Dirección: Caldas, Manizales, Crr 40 67 C 15
ARL: Positiva compañía de seguros
AFP: Porvenir S.A.



Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional.**
- **Examen medico ocupacional .**

Concepto de aptitud

Apto con restricciones.

Anexo

Paciente en POP reciente de manguito rotador izquierdo el dia 9 de marzo 2023, en el momento incapacitado hasta el 27 de abril
Está en terapia de rehabilitación y aun con dolor y marcada limitación funcional para la movilización de miembro superior izquierdo
Se dan recomendaciones y se realiza certificado
Vacunas COVID: una dosis de Janssen

Recomendaciones específicas

-Paciente con síndrome de hombro doloroso, cirugía reciente, aún incapacitado y en proceso de recuperación
-Se recomienda nueva valoración por ortopedia o medicina general en su EPS primaria previo al terminar su incapacidad actual para definir condiciones clínicas en ese momento y continuidad o no de la incapacidad
Por el momento:
-Evitar realizar trabajos por encima del hombro
-Evitar levantar peso con el brazo completamente extendido
-Continuar terapias de rehabilitacion fisica
-Se recomienda no levantar peso mayor a 12 kgs -Levantar objetos con adecuada técnica y de forma bimanual
-Evitar movimientos de abducción (separación) mayor de 60° durante más de 1 hora al día
-Evitar movimientos repetitivos de los miembros superiores por tiempos prolongados
-Evitar uso de máquinas vibratorias
-Evitar manejo de objetos muy alejados del cuerpo

CARLOS JADER HENAO RESTREPO

-Al reingreso según control en su EPS establecer ritmo de trabajo que permita pausas de descanso
-Uso de protección ocular y auditiva durante la jornada laboral
-Se recomienda completar esquema de vacunación COVID, revisar el de tétano
-En caso de síntomas consultar en su EPS/IPS primaria

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos. Bajar de peso
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.



CARLOS JADER HENAO RESTREPO
Profesión: Medico especialista en salud ocupacional
Registro: RM 16967 / LSO DTSC 74725



Aspirante o trabajador
John Fredy Carvajal Espinosa
Identificación: CC: 75085002

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: Cel: 3113544537
MANIZALES

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL



FECHA: **DIA:** 06 **MES:** 06 **AÑO:** 2023

I - DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE DE LA EMPRESA: ACABADOS DACAR
NOMBRE Y APELLIDOS: GUILLERMO OSPINA HOYOS
IDENTIFICACION: CC - 15958748
CARGO: PINTOR

II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

TRABAJO EN ALTURAS

III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

IV - TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

NINGUNO

V - RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EN LA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
REALIZAR DIETA, EJERCICIO Y REDUCIR PESO
INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- RIESGO OSTEOMUSCULAR
- RIESGO ERGONOMICO

OBSERVACIONES: SE REALIZA EXAMEN MEDICO LABORAL CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL, SIN ENCONTRARSE AL MOMENTO DE LA EVALUACION PATOLOGIAS RELACIONADAS CON SU ACTIVIDAD LABORAL O QUE LE IMPIDAN CONTINUAR CON LA LABOR PARA LA CUAL FUE CONTRATADO POR LO CUAL SE CONSIDERA QUE PUEDE CONTINUAR CON SU ACTIVIDAD LABORAL HABITUAL SIN RESTRICCIONES.

APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS

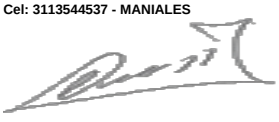
LA PRESENTE EVALUACION MEDICA SE REALIZA SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE (RESOLUCION 0350 DEL 01/03/2022)

A LA FECHA CUENTA CON LA APLICACIÓN DE 2 DOSIS DE BIOLOGICO PARA COVID 19

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y exámenes complementarios. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Medico Ocupacional y/o exámenes complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información suministrada es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que se le de a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de Salud Ocupacional.

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: 3113544537 - MANIALES



Aspirante o Trabajador

GUILLERMO OSPINA HOYOS
CC - 15958748

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: Cel: 3113544537
MANIZALES

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL



FECHA: **DIA:** 20 **MES:** 06 **AÑO:** 2023

I - DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE DE LA EMPRESA: ACABADOS DACAR
NOMBRE Y APELLIDOS: JESUS MARIA RAMIREZ GOMEZ
IDENTIFICACION: CC - 10267830
CARGO: INGENIERO RESIDENTE

II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

INGRESO

III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

APTO SIN RESTRICCIONES

IV - TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

NINGUNO

V - RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- RIESGO ERGONOMICO

OBSERVACIONES: SE REALIZA EXAMEN MEDICO LABORAL PERIODICO CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL, SIN ENCONTRARSE AL MOMENTO DE LA EVALUACION PATOLOGIAS RELACIONADAS CON SU ACTIVIDAD LABORAL O QUE LE IMPIDAN CONTINUAR CON LA LABOR PARA LA CUAL FUE CONTRATADO POR LO CUAL SE CONSIDERA QUE PUEDE CONTINUAR CON SU ACTIVIDAD LABORAL HABITUAL SIN RESTRICCIONES.

LA PRESENTE EVALUACION MEDICA SE REALIZA SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE (RESOLUCION 0350 DEL 01/03/2022)

A LA FECHA CUENTA CON LA APLICACIÓN DE 4 DOSIS DE BIOLOGICO PARA COVID 19

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y exámenes complementarios. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Medico Ocupacional y/o exámenes complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información suministrada es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que se le de a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de Salud Ocupacional.

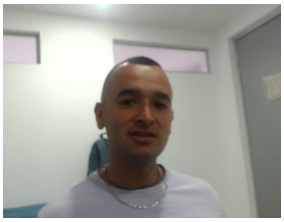
OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: 3113544537 - MANIALES

Aspirante o Trabajador

JESUS MARIA RAMIREZ GOMEZ
CC - 10267830

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: Cel: 3113544537
MANIZALES

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL



FECHA: **DIA:** 27 **MES:** 02 **AÑO:** 2023

I - DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE DE LA EMPRESA: ACABADOS DACAR
NOMBRE Y APELLIDOS: JHONATAN CASTAÑEDA CASTAÑO
IDENTIFICACION: CC - 1060647220
CARGO: OFICIAL DE PINTURA

II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

INGRESO

III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

APTO SIN RESTRICCIONES
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

IV - TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

NINGUNO

V - RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EN LA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- RIESGO OSTEOMUSCULAR
- RIESGO ERGONOMICO

OBSERVACIONES: SE REALIZA EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO, CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL SIN ENCONTRARSE AL MOMENTO DE LA EVALUACION PATOLOGIAS QUE PUEDAN INTERFERIR O VERSE AFECTADAS CON LA ACTIVIDAD PARA LA CUAL ES CONTRATADO. APTO SIN RESTRICCIONES.
APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS

LA PRESENTE EVALUACION MEDICA SE REALIZA SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE (RESOLUCION 0350 DEL 01/03/2022)

A LA FECHA CUENTA CON LA APLICACIÓN DE 3 DOSIS DE BIOLOGICO PARA COVID 19

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y exámenes complementarios. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Medico Ocupacional y/o exámenes complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información suministrada es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que se le de a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de Salud Ocupacional.

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: 3113544537 - MANIALES

Aspirante o Trabajador

JHONATAN CASTAÑEDA CASTAÑO
CC - 1060647220

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: Cel: 3113544537
MANIZALES

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL



FECHA: **DIA:** 20 **MES:** 06 **AÑO:** 2023

I - DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE DE LA EMPRESA: ACABADOS DACAR
NOMBRE Y APELLIDOS: DANIEL CARVAJAL ESPINOZA
IDENTIFICACION: CC - 75069780
CARGO: GERENTE

II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

PERIODICO

III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

EXAMEN PERIODICO NORMAL

IV - TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

NINGUNO

V - RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

OBSERVACIONES: SE REALIZA EXAMEN MEDICO LABORAL PERIODICO CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL, SIN ENCONTRARSE AL MOMENTO DE LA EVALUACION PATOLOGIAS RELACIONADAS CON SU ACTIVIDAD LABORAL O QUE LE IMPIDAN CONTINUAR CON LA LABOR PARA LA CUAL FUE CONTRATADO POR LO CUAL SE CONSIDERA QUE PUEDE CONTINUAR CON SU ACTIVIDAD LABORAL HABITUAL SIN RESTRICCIONES.

LA PRESENTE EVALUACION MEDICA SE REALIZA SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE (RESOLUCION 0350 DEL 01/03/2022)

A LA FECHA CUENTA CON LA APLICACIÓN DE 2 DOSIS DE BIOLOGICO PARA COVID 19

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y exámenes complementarios. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Medico Ocupacional y/o exámenes complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información suministrada es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que se le de a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de Salud Ocupacional.

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: 3113544537 - MANIALES



Aspirante o Trabajador

DANIEL CARVAJAL ESPINOZA
CC - 75069780

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: Cel: 3113544537
MANIZALES

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL



FECHA: **DIA:** 11 **MES:** 07 **AÑO:** 2023

I - DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE DE LA EMPRESA: ACABADOS DACAR
NOMBRE Y APELLIDOS: JUAN CARLOS PALACIO ARREDONDO
IDENTIFICACION: CC - 1056121716
CARGO: AYUDANTE DE OBRA

II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

INGRESO

III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

APTO SIN RESTRICCIONES
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

IV - TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

NINGUNO

V - RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- RIESGO OSTEOMUSCULAR
- RIESGO ERGONOMICO

OBSERVACIONES: SE REALIZA EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO, CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL SIN ENCONTRARSE AL MOMENTO DE LA EVALUACION PATOLOGIAS QUE PUEDAN INTERFERIR O VERSE AFECTADAS CON LA ACTIVIDAD PARA LA CUAL ES CONTRATADO. APTO SIN RESTRICCIONES.
APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS

LA PRESENTE EVALUACION MEDICA SE REALIZA SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE (RESOLUCION 0350 DEL 01/03/2022)

A LA FECHA CUENTA CON LA APLICACIÓN DE 3 DOSIS DE BIOLOGICO PARA COVID 19

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y exámenes complementarios. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Medico Ocupacional y/o exámenes complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información suministrada es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que se le de a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de Salud Ocupacional.

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: 3113544537 - MANIALES

Aspirante o Trabajador

JUAN CARLOS PALACIO ARREDONDO
CC - 1056121716

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: Cel: 3113544537
MANIZALES

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL



FECHA: **DIA:** 17 **MES:** 11 **AÑO:** 2022

I - DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE DE LA EMPRESA: ACABADOS DACAR
NOMBRE Y APELLIDOS: JUAN PABLO OSPINA TORRES
IDENTIFICACION: CC - 1053769728
CARGO: AYUDANTE DE PINTURA

II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

TRABAJO EN ALTURAS

III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

IV - TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

NINGUNO

V - RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- RIESGO OSTEOMUSCULAR
- RIESGO ERGONOMICO

OBSERVACIONES: SE REALIZA EXAMEN MEDICO LABORAL CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL, SIN ENCONTRARSE AL MOMENTO DE LA EVALUACION PATOLOGIAS RELACIONADAS CON SU ACTIVIDAD LABORAL O QUE LE IMPIDAN CONTINUAR CON LA LABOR PARA LA CUAL FUE CONTRATADO POR LO CUAL SE CONSIDERA QUE PUEDE CONTINUAR CON SU ACTIVIDAD LABORAL HABITUAL SIN RESTRICCIONES.

APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS

LA PRESENTE EVALUACION MEDICA SE REALIZA SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE (RESOLUCION 0350 DEL 01/03/2022)

A LA FECHA NO CUENTA CON LA APLICACIÓN DE BIOLOGICO PARA COVID 19

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y exámenes complementarios. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Medico Ocupacional y/o exámenes complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información suministrada es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que se le de a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de Salud Ocupacional.

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: 3113544537 - MANIALES

Aspirante o Trabajador

JUAN PABLO OSPINA TORRES
CC - 1053769728

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: Cel: 3113544537
MANIZALES

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL



FECHA: **DIA:** 20 **MES:** 06 **AÑO:** 2023

I - DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE DE LA EMPRESA: ACABADOS DACAR
NOMBRE Y APELLIDOS: JULIANA GUEVARA VALENCIA
IDENTIFICACION: CC - 1053858438
CARGO: PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

INGRESO

III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

APTO SIN RESTRICCIONES

IV - TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

NINGUNO

V - RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
REALIZAR CITOLOGIA ANUAL
REALIZAR DIETA, EJERCICIO Y REDUCIR PESO
EVALUAR POR NUTRICION EN LA EPS
INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- RIESGO OSTEOMUSCULAR
- RIESGO ERGONOMICO

OBSERVACIONES: SE REALIZA EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO, CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL SIN ENCONTRARSE AL MOMENTO DE LA EVALUACION PATOLOGIAS QUE PUEDAN INTERFERIR O VERSE AFECTADAS CON LA ACTIVIDAD PARA LA CUAL ES CONTRATADO. APTO SIN RESTRICCIONES.

LA PRESENTE EVALUACION MEDICA SE REALIZA SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE (RESOLUCION 0350 DEL 01/03/2022)

A LA FECHA CUENTA CON LA APLICACIÓN DE 4 DOSIS DE BIOLOGICO PARA COVID 19

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y exámenes complementarios. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Medico Ocupacional y/o exámenes complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información suministrada es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que se le de a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de Salud Ocupacional.

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: 3113544537 - MANIALES

Aspirante o Trabajador

JULIANA GUEVARA VALENCIA
CC - 1053858438

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: Cel: 3113544537
MANIZALES

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL



FECHA: **DIA:** 17 **MES:** 03 **AÑO:** 2023

I - DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE DE LA EMPRESA: ACABADOS DACAR
NOMBRE Y APELLIDOS: DAVID MAURICIO OSSA GARCIA
IDENTIFICACION: CC - 1053855305
CARGO: OFICIAL DE ACABADOS

II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

TRABAJO EN ALTURAS

III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

IV - TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

NINGUNO

V - RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

OBSERVACIONES: SE REALIZA EXAMEN MEDICO LABORAL CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL, SIN ENCONTRARSE AL MOMENTO DE LA EVALUACION PATOLOGIAS RELACIONADAS CON SU ACTIVIDAD LABORAL O QUE LE IMPIDAN CONTINUAR CON LA LABOR PARA LA CUAL FUE CONTRATADO POR LO CUAL SE CONSIDERA QUE PUEDE CONTINUAR CON SU ACTIVIDAD LABORAL HABITUAL SIN RESTRICCIONES.

APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS

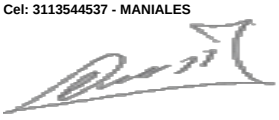
LA PRESENTE EVALUACION MEDICA SE REALIZA SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE (RESOLUCION 0350 DEL 01/03/2022)

A LA FECHA CUENTA CON LA APLICACIÓN DE 2 DOSIS DE BIOLOGICO PARA COVID 19

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y exámenes complementarios. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Medico Ocupacional y/o exámenes complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información suministrada es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que se le de a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de Salud Ocupacional.

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: 3113544537 - MANIALES



Aspirante o Trabajador

DAVID MAURICIO OSSA GARCIA
CC - 1053855305

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: Cel: 3113544537
MANIZALES

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL



FECHA: **DIA:** 20 **MES:** 06 **AÑO:** 2023

I - DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE DE LA EMPRESA: ACABADOS DACAR
NOMBRE Y APELLIDOS: NARA DANIELA CARVAJAL LONDOÑO
IDENTIFICACION: CC - 1053850841
CARGO: INGENIERA SUPERVISORA

II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

PERIODICO

III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

EXAMEN PERIODICO NORMAL

IV - TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

NINGUNO

V - RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EN LA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
REALIZAR DIETA, EJERCICIO Y REDUCIR PESO
INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- RIESGO ERGONOMICO

OBSERVACIONES: SE REALIZA EXAMEN MEDICO LABORAL PERIODICO CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL, SIN ENCONTRARSE AL MOMENTO DE LA EVALUACION PATOLOGIAS RELACIONADAS CON SU ACTIVIDAD LABORAL O QUE LE IMPIDAN CONTINUAR CON LA LABOR PARA LA CUAL FUE CONTRATADO POR LO CUAL SE CONSIDERA QUE PUEDE CONTINUAR CON SU ACTIVIDAD LABORAL HABITUAL SIN RESTRICCIONES.

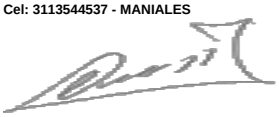
LA PRESENTE EVALUACION MEDICA SE REALIZA SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE (RESOLUCION 0350 DEL 01/03/2022)

A LA FECHA CUENTA CON LA APLICACIÓN DE 3 DOSIS DE BIOLOGICO PARA COVID 19

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y exámenes complementarios. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Medico Ocupacional y/o exámenes complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información suministrada es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que se le de a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de Salud Ocupacional.

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: 3113544537 - MANIALES



Aspirante o Trabajador

NARA DANIELA CARVAJAL LONDOÑO
CC - 1053850841