DR. ALVARO SANTRICH Médico Cirujano Res. 1212564.78 Barranquilla- Colombia	**CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL**	**CÓDIGO:**	ES-SIG-RG-95
		VERSIÓN:	1
		FECHA:	12/10/2022
		PAGINA:	1 DE 1

Tipo de examen	OCUPACIONAL	Fecha	05/06/2024
Nombres y apellidos	DAVID VELASQUEZ	Identificación	72334159
E.P.S	SURA	Celular	3114214242

PELIGROS A LOS QUE ESTAN EXPUESTOS

Biológico		Físico		Biomecánico		Químico		C. Seguridad	
Virus		Ruido	X	Postura	X	Polvos	X	Mecánico	
Bacterias		Iluminación		Esfuerzo	X	Fibras		Eléctrico	
Hongos		Vibración		Mov. Repetitivo	X	Líquidos		Locativo	X
Parásitos		Temperatura		Man. Cargas		Gases		Tecnológico	
Picaduras	X	Presión				Vapores		Ac. Transito	
Mordeduras		R. ionizantes				Humos		Públicos	
Fluidos		R. no ionizantes				Mat Particulado		Tr. Alturas	
Excrementos									

Psicosociales		F. Naturales	
Gestión Organizacional	X	Sismo	
Organización Trabajo	X	Terremoto	
Grupo Social Trabajo	X	Vendaval	
Condición Tarea		Inundación	
Interface Personal/Tarea		Derrumbe	
Jornada de Trabajo	X	Precipitaciones	

CONCEPTO

Hago constar que en la fecha, se examinó al trabajador y/o aspirante suscrito, dentro del examen solicitado con el siguiente cuadro de valoración

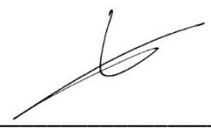
APTO		
APTO CON PATOLOGÍAS QUE NO RESTRINGE LABORES DE SU CARGO	X	El paciente se encuentra en óptimas condiciones para ejecutar las actividades establecidas en el área de construcción. El paciente está APTO.
APTO CON PATOLOGÍAS QUE RESTRINGE LABORES DE SU CARGO		
EGRESO		
EGRESO SATISFACTORIO		
EGRESO NO SATISFACTORIO		

CONDUCTA

RESTRICCIONES	RECOMENDACIONES
NINGUNA	DISCIPLINA EN EL USO DE EPP

NOTA: Este certificado es fiel transcripción de la historia clínica del trabajador y se tuvo en cuenta los resultados exámenes paraclínicos o pruebas complementarias.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al doctor (A) a bajo mencionado para 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 bien cumplimento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y para la situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la historia 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.



Nombre NELSON SANTRICH
C.C 72180554 BARRANQUILLA
Médico especialista



Firma del Trabajador

DR. ALVARO SANTRICH Médico Cirujano Res. 1212564.78 Barranquilla- Colombia	**CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL**	**CÓDIGO:**	ES-SIG-RG-95
		VERSIÓN:	1
		FECHA:	12/10/2022
		PAGINA:	1 DE 1

Tipo de examen	OCUPACIONAL	Fecha	05/06/2024
Nombres y apellidos	JESUS VEGA	Identificación	1143442803
E.P.S	SURA	Celular	3125556574

PELIGROS A LOS QUE ESTAN EXPUESTOS

Biológico		Físico		Biomecánico		Químico		C. Seguridad	
Virus		Ruido	X	Postura	X	Polvos	X	Mecánico	
Bacterias		Iluminación		Esfuerzo	X	Fibras		Eléctrico	
Hongos		Vibración		Mov. Repetitivo	X	Líquidos		Locativo	X
Parásitos		Temperatura		Man. Cargas		Gases		Tecnológico	
Picaduras	X	Presión				Vapores		Ac. Transito	
Mordeduras		R. ionizantes				Humos		Públicos	
Fluidos		R. no ionizantes				Mat Particulado		Tr. Alturas	
Excrementos									

Psicosociales		F. Naturales	
Gestión Organizacional	X	Sismo	
Organización Trabajo	X	Terremoto	
Grupo Social Trabajo	X	Vendaval	
Condición Tarea		Inundación	
Interface Personal/Tarea		Derrumbe	
Jornada de Trabajo	X	Precipitaciones	

CONCEPTO

Hago constar que en la fecha, se examinó al trabajador y/o aspirante suscrito, dentro del examen solicitado con el siguiente cuadro de valoración

APTO		
APTO CON PATOLOGÍAS QUE NO RESTRINGE LABORES DE SU CARGO	X	El paciente se encuentra en óptimas condiciones para ejecutar las actividades establecidas en el área de construcción. El paciente está APTO.
APTO CON PATOLOGÍAS QUE RESTRINGE LABORES DE SU CARGO		
EGRESO		
EGRESO SATISFACTORIO		
EGRESO NO SATISFACTORIO		

CONDUCTA

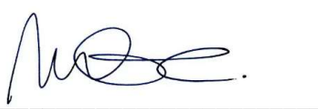
RESTRICCIONES	RECOMENDACIONES
NINGUNA	DISCIPLINA EN EL USO DE EPP

NOTA: Este certificado es fiel transcripción de la historia clínica del trabajador y se tuvo en cuenta los resultados exámenes paraclínicos o pruebas complementarias.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al doctor (A) a bajo mencionado para 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 bien cumplimento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y para la situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la historia 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.



Nombre NELSON SANTRICH
C.C 72180554 BARRANQUILLA
Médico especialista



Firma del Trabajador

DR. ALVARO SANTRICH Médico Cirujano Res. 1212564.78 Barranquilla- Colombia	**CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL**	**CÓDIGO:**	ES-SIG-RG-95
		VERSIÓN:	1
		FECHA:	12/10/2022
		PAGINA:	1 DE 1

Tipo de examen	OCUPACIONAL	Fecha	05/06/2024
Nombres y apellidos	EDINSON GARCIA	Identificación	78109605
E.P.S	SURA	Celular	6053601917

PELIGROS A LOS QUE ESTAN EXPUESTOS

Biológico		Físico		Biomecánico		Químico		C. Seguridad	
Virus		Ruido	X	Postura	X	Polvos	X	Mecánico	
Bacterias		Iluminación		Esfuerzo	X	Fibras		Eléctrico	
Hongos		Vibración		Mov. Repetitivo	X	Líquidos		Locativo	X
Parásitos		Temperatura		Man. Cargas		Gases		Tecnológico	
Picaduras	X	Presión				Vapores		Ac. Transito	
Mordeduras		R. ionizantes				Humos		Públicos	
Fluidos		R. no ionizantes				Mat Particulado		Tr. Alturas	
Excrementos									

Psicosociales		F. Naturales	
Gestión Organizacional	X	Sismo	
Organización Trabajo	X	Terremoto	
Grupo Social Trabajo	X	Vendaval	
Condición Tarea		Inundación	
Interface Personal/Tarea		Derrumbe	
Jornada de Trabajo	X	Precipitaciones	

CONCEPTO

Hago constar que en la fecha, se examinó al trabajador y/o aspirante suscrito, dentro del examen solicitado con el siguiente cuadro de valoración

APTO		
APTO CON PATOLOGÍAS QUE NO RESTRINGE LABORES DE SU CARGO	X	El paciente se encuentra en óptimas condiciones para ejecutar las actividades establecidas en el área de construcción. El paciente está APTO.
APTO CON PATOLOGÍAS QUE RESTRINGE LABORES DE SU CARGO		
EGRESO		
EGRESO SATISFACTORIO		
EGRESO NO SATISFACTORIO		

CONDUCTA

RESTRICCIONES	RECOMENDACIONES
NINGUNA	DISCIPLINA EN EL USO DE EPP

NOTA: Este certificado es fiel transcripción de la historia clínica del trabajador y se tuvo en cuenta los resultados exámenes paraclínicos o pruebas complementarias.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al doctor (A) a bajo mencionado para 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 bien cumplimento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y para la situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la historia 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.



Nombre NELSON SANTRICH
C.C 72180554 BARRANQUILLA
Médico especialista



Firma del Trabajador

DR. ALVARO SANTRICH Médico Cirujano Res. 1212564.78 Barranquilla- Colombia	**CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL**	**CÓDIGO:**	ES-SIG-RG-95
		VERSIÓN:	1
		FECHA:	12/10/2022
		PAGINA:	1 DE 1

Tipo de examen	OCUPACIONAL	Fecha	05/06/2024
Nombres y apellidos	DARWIN PAYARES	Identificación	18792675
E.P.S	SURA	Celular	6053601917

PELIGROS A LOS QUE ESTAN EXPUESTOS

Biológico		Físico		Biomecánico		Químico		C. Seguridad	
Virus		Ruido	X	Postura	X	Polvos	X	Mecánico	
Bacterias		Iluminación		Esfuerzo	X	Fibras		Eléctrico	
Hongos		Vibración		Mov. Repetitivo	X	Líquidos		Locativo	X
Parásitos		Temperatura		Man. Cargas		Gases		Tecnológico	
Picaduras	X	Presión				Vapores		Ac. Transito	
Mordeduras		R. ionizantes				Humos		Públicos	
Fluidos		R. no ionizantes				Mat Particulado		Tr. Alturas	
Excrementos									

Psicosociales		F. Naturales	
Gestión Organizacional	X	Sismo	
Organización Trabajo	X	Terremoto	
Grupo Social Trabajo	X	Vendaval	
Condición Tarea		Inundación	
Interface Personal/Tarea		Derrumbe	
Jornada de Trabajo	X	Precipitaciones	

CONCEPTO

Hago constar que en la fecha, se examinó al trabajador y/o aspirante suscrito, dentro del examen solicitado con el siguiente cuadro de valoración

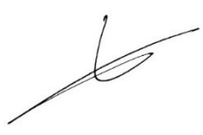
APTO		
APTO CON PATOLOGÍAS QUE NO RESTRINGE LABORES DE SU CARGO	X	El paciente se encuentra en óptimas condiciones para ejecutar las actividades establecidas en el área de construcción. El paciente está APTO.
APTO CON PATOLOGÍAS QUE RESTRINGE LABORES DE SU CARGO		
EGRESO		
EGRESO SATISFACTORIO		
EGRESO NO SATISFACTORIO		

CONDUCTA

RESTRICCIONES	RECOMENDACIONES
NINGUNA	DISCIPLINA EN EL USO DE EPP

NOTA: Este certificado es fiel transcripción de la historia clínica del trabajador y se tuvo en cuenta los resultados exámenes paraclínicos o pruebas complementarias.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al doctor (A) a bajo mencionado para 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 bien cumplimento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y para la situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la historia 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.



Nombre NELSON SANTRICH
C.C 72180554 BARRANQUILLA
Médico especialista



Firma del Trabajador

DR. ALVARO SANTRICH Médico Cirujano Res. 1212564.78 Barranquilla- Colombia	**CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL**	**CÓDIGO:**	ES-SIG-RG-95
		VERSIÓN:	1
		FECHA:	12/10/2022
		PAGINA:	1 DE 1