9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Carlos Hanco Santiz
Firma del trabajador
Cargo: Ayudante
Fecha: 13/02/25

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: Maridos en casa

FECHA DE LA INDUCCION: 24 Febrero de 2025

HORA DE INICIO: 2:00 **HORA FINAL:** 3:30

El trabajador Oscar Alberto Gaviria Lop identificado con número de cedula 71744034 de Medellin, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

C.C 71744034
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**	**Modificado por:**
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: _____

Nombre y Apellidos: Oscar Alberto Gaviria Lopez

C.C: 71744034 **Cargo:** Ayudante

Subcontratista MEA **Fecha:** 24/02/25

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

SURA

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) bajo el consumo de sustancias. alcoholicas

b) NO utilizar los elementos de protección adecuados

c) trasnochado. bajo efectos de licor

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
b) Procurar el cuidado integral de su salud.
c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

De inmediato

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

de inmediato

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

estar sobrio.

con los 5. sentidos

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Firma del trabajador.
Cargo: ayudante
Fecha: 24 de febrero 2023

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: EMCO

FECHA DE LA INDUCCION: 24-02-2025

HORA DE INICIO: 2-15 pm **HORA FINAL:** 3-17 pm

El trabajador Luis Alberto Ciro Naranjo identificado con número de cedula 70166986 de San Carlos AI, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). "seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente", que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Luis Alberto Ciro

C.C 70166986
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**	**Modificado por:**
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 9/10

Nombre y Apellidos: Luis Alberto Ciro Naranjo

C.C: 70166986 **Cargo:** Ayudante enfendido

Subcontratista Emco **Fecha:** 24-02-2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

SURA

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) Pulidora - usar elementos de protecion y colocarle la guarda de seguridad

b) electrico = usar elementos espiciales de electrico y marcar el peligro

c) Ruido - usar elementos de protecion como Tapa oidos

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
b) Procurar el cuidado integral de su salud.
c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

inmediatamente el asidente

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

en el Trascurso del dia

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(A) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(A) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

usar Todos lo elemento de protecion y estar en buen uso

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Luis Alberto Ciro
Firma del trabajador.
Cargo: Ayudante entendido
Fecha: 24-02-2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: MEC

FECHA DE LA INDUCCION: 24-02-2025

HORA DE INICIO: 2-15 **HORA FINAL:** 3.45

El trabajador Luis Alfonso Mayorga identificado con número de cedula 3672688 de Zipaquira, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). "seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente", que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

C/C 3672688
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**	**Modificado por:**
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 9/10

Nombre y Apellidos: Luis Z Hens. Nañez

C.C: 1.672.689 **Cargo:** Maestro

Subcontratista MEC **Fecha:** 24-02-2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) Físicos

   b) Químicos

   c) biológicos

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   b) Procurar el cuidado integral de su salud.
   c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

El tiempo clave Ser inmediato.

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

en una o 2. Horas Maximo

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
( ) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

protección Industrial como casco, bota, guantes etc

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Firma del trabajador.
Cargo: MAESTRO OBRA
Fecha: 24-02-2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: MEC

FECHA DE LA INDUCCION: 24 - 02 - 2023

HORA DE INICIO: 2PM **HORA FINAL:** 3:20

El trabajador Robar David Yacian Yotagri identificado con número de cedula 70 928025 de Sincelejo (Sol), **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). "seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente", que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

C.C 70928025
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**	**Modificado por:**
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 40/40

Nombre y Apellidos: Robin David Mateus Yotagri

C.C: 70928025 **Cargo:** Maestro Obras

Subcontratista HEC **Fecha:** 24 02 2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   ARL. SURA.

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) Eléctrico

   b) Postural

   c) Auditivo

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   X b) Procurar el cuidado integral de su salud.
   X c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL UC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

Inmediatamente.

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

Despues de la Valoración

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Cumplimiento de todas las politicas de seguridad requeridas.

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Firma del trabajador.
Cargo: Maestro Obra
Fecha: 24-02-2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: M.E.C

FECHA DE LA INDUCCION: 24.02.2025

HORA DE INICIO: 14:20PM **HORA FINAL:** 15:20

El trabajador Alexander Osorio Muñoz identificado con número de cedula 1020421151 de Bello Ant, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). "seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente", que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

C.C 1020421151
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**	**Modificado por:**
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/40

Nombre y Apellidos: Alexander Osorio Muñoz

C.C: 1020421151 **Cargo:** Ayudante

Subcontratista M.E.C **Fecha:** 24.02.2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   A.R.L Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) al Romper . puede Encontra la luz y Ser Electrocutado. Para prevenirlo hay que Utilizar b.n los implementos
   b) los Autos por que estamos al aire libre mirar antes de cruzar Respectar las Señales
   c) Las Herramientas que esten en buen Estado Revisar antes de Usarlas que esten bn

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   X b) Procurar el cuidado integral de su salud.
   X c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

14. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
X b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

15. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

debe de ser inediato en el preciso momento

16. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

debe ser el mismo dia o el mismo momento del suceso

17. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
X Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
X Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

18. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

no estar bajo efectos de alcoholismo o algunos en el trabajo, asesorarse de todas las implemento y herramienta este bn para prestar el servicio

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Firma del trabajador.
Cargo: Ayudante
Fecha: 21.02.2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: ARCOM SAS

FECHA DE LA INDUCCION: 24/01/24

HORA DE INICIO: 14:00pm **HORA FINAL:** 15:30

El trabajador Wilberto Revilla Lopez identificado con número de cedula 1101679261 de Sucre, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). "seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente", que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Wilberto Revilla

C.C 1101679261
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**	**Modificado por:**
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 9/10

Nombre y Apellidos: Wilberto Padilla Leon

C.C: 1101877267 **Cargo:** Ayudante

Subcontratista ARGEON SAS **Fecha:** 24/02/24

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   ARL Compañia

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) 1 Peatonal

   b) 2 El Electrico

   c) accidente

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   X) Procurar el cuidado integral de su salud.
   X) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
X) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

inmediatamente

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

después de la valoración

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

cumplir con la política y normas del procedimiento de SG-SST

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Firma del trabajador.
Cargo: Ayudante
Fecha: 24/02/24

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: Argeo

FECHA DE LA INDUCCION: 24-02-2025

HORA DE INICIO: 2:00 PM **HORA FINAL:** 3:20 PM

El trabajador Kevin Andres Tobios contreras identificado con número de cedula 1105390521 de _____, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Kevin Andres

C.C 1105390521
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**	**Modificado por:**
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Kevin Andres Tobios Contreras

C.C: 1105340521 **Cargo:** Ayudante

Subcontratista Avgreo **Fecha:** 24-02-25

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   Colpatria

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) Agua Ahogarse Si produce el daño Solo persona Ahogada

   b) Luz Solo persona Certificada

   c) Gas Solo persona Certificada

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   b) Procurar el cuidado integral de su salud.
   X) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

Inmediatamente

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

depende de la evolución

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(x) Participar en las actividades del SG-SST.
(x) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
( ) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

el cumplimiento de todos los parámetros de Seguridad

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Firma del trabajador.
Cargo: Oficial
Fecha: 20 02 2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: Maridos En Casa

FECHA DE LA INDUCCION: 24 de Febrero de 2025

HORA DE INICIO: 2:15 PM. **HORA FINAL:** 3:30

El trabajador Edvar Jonik Maria R identificado con número de cedula 1855545577 de Envigado, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). "seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente", que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

C.C 1855545577 Env
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**	**Modificado por:**
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Edwar Jonix Marin R.

C.C: 1855M544 **Cargo:** Oficial.

Subcontratista Manos En Casa **Fecha:** 24-02-25

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   Sura.

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) Estar bajo el consumo de sustancias Alexinogenas - No consumir

   b) Esquirla de la polidora en un ojo. (Utilizar las Gafas)

   c) Machacarse los dedos de los pies con cualquier elemento (Utilizar las botas de Proteccion)

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   X a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   X b) Procurar el cuidado integral de su salud.
   c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
X b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

De Inmediato

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

El mismo dia

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Estar Sobrio

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
X b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
X d) Acto inseguro.

Firma del trabajador:
Cargo: 18554544 Ing. Oficial.
Fecha:

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: MEC

FECHA DE LA INDUCCION: 24 / 02 / 2025

HORA DE INICIO: 2:00 pm **HORA FINAL:** 3.30 pm

El trabajador Julian alberto osorio muñoz identificado con número de cedula 1152 696 157 de Medellin, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Julian osorio

C.C 1152 696 157
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Catalina Montoya	Melba Albañil	Horacio Cárdenas	
Profesional GR	Coordinadora sst	Representante legal	
08/03/2022	08/06/2022	08/06/2022	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 9/10

Nombre y Apellidos: Julian alberto osorio muñoz

C.C: 1152696157 **Cargo:** Ayudante.

Subcontratista M.E.C **Fecha:** 24/02/2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   Sura

   ARL

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a)

   gas

   b) Luz

   c)

   manejar todo los Elementos para Evictar accidente

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   X b) Procurar el cuidado integral de su salud.
   X c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL UC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

Hay que reportar de imediato el accidente

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

Reporte imediato. en el accidente

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(x) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(x) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

cumplir con las normas del trabajo.

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Julian Osorio

Firma del trabajador. Julian Osorio
Cargo: Aprendiz
Fecha: 24/02/2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: Emco

FECHA DE LA INDUCCION: 24-02-2025

HORA DE INICIO: 2:14 **HORA FINAL:** 3:30

El trabajador Juan Pablo Alvarez A. identificado con número de cedula 1152 694 936 de Medellin, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). "seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente", que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Juan Pablo A.

C.C 1152 694 936
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**	**Modificado por:**
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Juan Pablo Alvarez.

C.C: 1152 694 936 **Cargo:** Ayudante

Subcontratista Emco **Fecha:** 24-02-25

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) Trabajo Con Elementos Electricos Sin Proteccion

   b) machacones Evitar usando guantes y Botas

   c) Evitar Trabajar sin gafas Es Cuidar la vista

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   b) Procurar el cuidado integral de su salud.
   X) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

Eso se rreporta inmediatal Mente

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

Tiene el Transcurso del dia para rreportar

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
( ) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

los principios Es Escuchar ordenes y captar que debes Evitar con tu proteccion

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Firma del trabajador.
Cargo: Ayudante
Fecha: 24-02-25

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: D y G Alvados S.A.S.

FECHA DE LA INDUCCION: 24/02/2025

HORA DE INICIO: 2:00 PM **HORA FINAL:** 3:30

El trabajador Fider Manuel Jimenez Cambis identificado con número de cedula 1001782290 de Barranquilla, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Fider Jimenez J.

C.C 1001782290
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**	**Modificado por:**
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Keller Jimenez Lombis

C.C: 1001782240 **Cargo:** Supervisor de obra

Subcontratista D y G Asociados S.A.S. **Fecha:** 24/02/2024

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   SURA

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) Accidente de Transito; Delimitar zona de Trabajo

   b) punzada con una Varilla; Aseo y organizar area de Trabajo

   c) fractura de tobillo; Señalizar cualquier hueco en el area de Trabajo

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   b) Procurar el cuidado integral de su salud.
   c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

   a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
   b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
   c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
   d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
   e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

   Un trabajador debe reportar un accidente laboral de inmediato.

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

   El contratante tiene 2 dias habiles para reportar un accidente

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

   ( ) Participar en las actividades del SG-SST.
   (x) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
   ( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
   (x) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
   ( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

   Garantizar entornos de trabajo Seguros y Saludables

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Firma del trabajador.
Cargo: Supervisor de obra
Fecha: 24/02/2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: Mayetos en casa

FECHA DE LA INDUCCION: 9/4/2/2025

HORA DE INICIO: 2:00 PM **HORA FINAL:** 3:30

El trabajador Adman Macios identificado con número de cedula 1035232039 de Barboza, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). "seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente", que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Adman Macios

C.C 1035232039
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Adrian Macias Monsalve

C.C: 1035232039 **Cargo:** Ayudante

Subcontratista Mario en casa **Fecha:** 24/02/2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) Ruidos,

   b) Golpes altos

   c) gases

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   b) X Procurar el cuidado integral de su salud.
   c) X Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL UC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

de inmediato

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

Inmediatos

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(x) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
( ) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Riesgos laborales

9. Una condición insegura corresponde a:

   a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
   b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
   c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
   d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

    a) Accidente de trabajo.
    b) Peligro.
    c) Riesgo.
    d) Acto inseguro.

Adrian Macias Monsalve
Firma del trabajador.
Cargo: Ayudante
Fecha: 24/02/2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: Argeton S.A.S

FECHA DE LA INDUCCION: 24-02-25

HORA DE INICIO: 2:00 PM **HORA FINAL:** 3:20 PM

El trabajador Jorge Eliecer Alzate identificado con número de cedula 8126036 de Medellin, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). "seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente", que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Jorge Alzate

c.c 8126036
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Jorge Eliecer Ataste E

C.C: 8126036 **Cargo:** Oficial Encar

Subcontratista argeon SAS **Fecha:** 24-02-25

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

ARL SURA

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

a) cometida de gas. llamar a las personas capacitadas

b) cometida de Agua

c) cometida de energia

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

X a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
b) Procurar el cuidado integral de su salud.
X c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
X b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

tiene que reportarlo inmediatamente

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

inmediatamente

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(X) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
( ) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

suministros capacitaciones

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
X b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
X d) Acto inseguro.

Jorge Alcate

Firma del trabajador.
Cargo: Oficial Encargado
Fecha: 24-02-25

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: Argeon

FECHA DE LA INDUCCION: 24-02-2025

HORA DE INICIO: 2-00 **HORA FINAL:** 3-20

El trabajador Victor Hugo Flórez Alzate identificado con número de cedula 1020451795 de Bello, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Argeon

C.C 1020451795

Trabajador Victor Hugo Flórez Alzate

Residente SST

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Modificado por:
Catalina Montoya	Melba Albañil	Horacio Cárdenas	
Profesional GR	Coordinadora sst	Representante legal	
08/03/2022	08/06/2022	08/06/2022	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Víctor Hugo Flórez Alzate

C.C: 1020 451 795 **Cargo:** Ayudante

Subcontratista Argeon **Fecha:** 24-02-25

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   ARL Colpatria.

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) Agua avisar al encargado de Acueducto pa controlar el accidente

   b) Luz Avisando al encargado de luz

   c) Gas Avisando al encargado

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   X a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   b) Procurar el cuidado integral de su salud.
   X c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL UC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
X b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

tiene que informarlo inmediatamente

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

inmediatamente

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(✓) Participar en las actividades del SG-SST.
(✓) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
( ) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

suministrar capacitaciones

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
X) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
X) Acto inseguro.

Victor Hugo Flórez A.
Firma del trabajador.
Cargo: Ayudante
Fecha: 24-02-2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: DMP

FECHA DE LA INDUCCION: 27-02-2025

HORA DE INICIO: 8:00 **HORA FINAL:** 9:30

El trabajador Duverney Murillo Palacios identificado con número de cedula 1002705856 de Olaya Putumayo, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). "seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente", que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Duverney Murillo

C.C 1002705856
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 9/10

Nombre y Apellidos: Durvin Ev Murillo P.

C.C: 1007705856 **Cargo:** Oficial

Subcontratista DMD **Fecha:** 02/27/25

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) electrico

   b) quimico

   c) Ficico

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   b) Procurar el cuidado integral de su salud.
   c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

deve informar de forma imediata

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

tiene dos dias abiles

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

usar los elementos de protección peysonal

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Firma del trabajador.
Cargo: oficial
Fecha: 02/27/25

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: • DMP

FECHA DE LA INDUCCION: 27-02-2025

HORA DE INICIO: 8. AM **HORA FINAL:** 9:30

El trabajador Brayson Bernardo Bedoya identificado con número de cedula 1.037 480 436 de Medellín, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Brayson

C.C 1.037480436
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Bierson Bejarano Borrero

C.C: 1.038480436 **Cargo:** Ayudante

Subcontratista DMP **Fecha:** 27-02-2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) Riesgo electrico

   Riesgo Mecanico

   b) Riesgo de enfermedad

   c)

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   b) Procurar el cuidado integral de su salud.
   c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

Inmediatamente

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

Inmediatamente

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(x) Participar en las actividades del SG-SST.
(x) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
( ) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Hacer uso adecuado de los elementos de protección

9. Una condición insegura corresponde a:

   a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
   b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
   c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
   d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

   a) Accidente de trabajo.
   b) Peligro.
   c) Riesgo.
   d) Acto inseguro.

Firma del trabajador.
Cargo: Ayudante
Fecha: 27-02-2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: Extapi

FECHA DE LA INDUCCION: jueves 27/07/2025

HORA DE INICIO: 8 AM **HORA FINAL:** 9:30

El trabajador Robinson Alejandro Bustamante identificado con número de cedula 1020464269 de Bello Antioquia, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). "seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente", que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Robinson Bustamante

C.C 1020464269
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 10/10

Nombre y Apellidos: Robinson Alejandro Bustamante Ballesteros

C.C: 1020464269 **Cargo:** oficial

Subcontratista EX kapi **Fecha:** 27/02/2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) electricos mirando las señalizaciones o recibiendo inFormacion donde se encuentran

   b) cargas buena postura para cargarlos o con un compañero para levantar el peso

   c) gas mirando la cinta de señalizacion y informar donde se encuentra

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   b) Procurar el cuidado integral de su salud.
   c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL UC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

inmediato

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

Inmediato

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(x) Participar en las actividades del SG-SST.
(x) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
( ) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

politica de alcohol y drogas

uso de Epp

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Robinson Bustamante
Firma del trabajador.
Cargo: oficial
Fecha: 27/02/2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: Excapi

FECHA DE LA INDUCCION: 27 Feb/2025

HORA DE INICIO: 8:AM **HORA FINAL:** 9:30

El trabajador Wilfredy Hernandez Rivas identificado con número de cedula 1045528480 de 1999, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Wilfredy

C.C 1045528480
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNS

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 8/10

Nombre y Apellidos: wilfredy Hernandez Rivas

C.C: 1045528480 **Cargo:** ayudante

Subcontratista Excapi **Fecha:** 27/02/2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) Riesgo actual

   b) Riesgo de altural

   c) Riesgo de electrecidad

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   b) X Procurar el cuidado integral de su salud.
   c) X Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL UC VNS

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

   a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
   (X) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
   c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
   d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
   e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

   inmediato

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

   tiempo inmediato

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

   ( ) Participar en las actividades del SG-SST.
   (X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
   ( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
   (X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
   ( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

   Principio de atencion integral de salud

   Responsabilidad

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

wilfredy

Firma del trabajador.
Cargo: ayudante
Fecha: 27/02/2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: Extra P.

FECHA DE LA INDUCCION: 27 de Febrero 2025

HORA DE INICIO: 8:00am **HORA FINAL:** 9:30

El trabajador Jose Alfonso Gaona identificado con número de cedula 1.043 963 858 de _____, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Jose Alfonso G.

C.C 1 043 963 858
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF	**REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN**	**FECHA: 13/02/2024** **VERSIÓN: 0**

Nota: 9/10

Nombre y Apellidos: José Alfonso Gavan Velasquez

C.C: 1043 963 858 **Cargo:** Ayudante

Subcontratista EXCAPI **Fecha:** 27-02-25

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) Riesgo natural

   b) Riesgo de las maquinas = No quitarle las seguridades

   c) Riesgo de electricidad = Por romperla sin aviso.

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   b) Procurar el cuidado integral de su salud.
   c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

Inmediato

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

Inmediato

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(X) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
( ) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

Responsabilidad
Prevención.

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

José Alfonso Carvajal Velasquez.
Firma del trabajador.
Cargo: ayudante
Fecha: 27/02/2025.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: Excapi

FECHA DE LA INDUCCION: 27/02/2025.

HORA DE INICIO: 8:30 **HORA FINAL:** 9:30

El trabajador Jhon Stiven Gaitán Moreno identificado con número de cedula 1038646506 de Medellín., **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). "seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente", que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

C.C 1038646506
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 9/10

Nombre y Apellidos: Jhon Stiven Gartán Moreno

C.C: 1038646506 **Cargo:** Ayudante

Subcontratista Excapi **Fecha:** 27/021/2025

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   Sura.

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) Riesgos de Alturas

   b) Riegos de electriadad

   c) Riesgo Fisico, Actual.

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   b) X Procurar el cuidado integral de su salud.
   c) X Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
(X) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

Inmediato

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

Inmediato.

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

( ) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
(X) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

- Responsabilidad
- Prevencion

9. Una condición insegura corresponde a:

   a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
   b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
   c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
   d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

   a) Accidente de trabajo.
   b) Peligro.
   c) Riesgo.
   d) Acto inseguro.

Firma del trabajador.
Cargo:
Fecha:

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: EXCAPI

FECHA DE LA INDUCCION: 27-02-2025

HORA DE INICIO: 8. AM **HORA FINAL:** 9:30

El trabajador Leidi David Rodriguez Perez identificado con número de cedula 1045498295 de _____, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

Leidi

C.C 1045498295
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 8/10

Nombre y Apellidos: Keiki DAVID RODRIGUEZ REYES

C.C: 1054992795 **Cargo:** 27-02-2025

Subcontratista EXCAPI **Fecha:** 27-02-25

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   Sura

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) Intoxicación

   Mecanico

   b) electrico

   c)

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   b) Procurar el cuidado integral de su salud.
   c) Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

Al instante

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

Al instante

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(X) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
( ) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

usar los elemetos de protección

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Yeiner DAVID

Firma del trabajador.
Cargo:
Fecha: 27-07-2025

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VG-VNF

FECHA: 08/06/2022

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

VERSIÓN: 1

CERTIFICADO DE INDUCCION PARA INGRESO.

SUBCONTRATISTA: JMP

FECHA DE LA INDUCCION: 27 - FEB - 2025

HORA DE INICIO: 8:30 **HORA FINAL:** 9:10

El trabajador DARIO EUGENIO GOMEZ identificado con número de cedula 7507841 de MANIZALES, **CERTIFICA** que asistió a la inducción general, Donde conoció los procesos y procedimientos constructivos, los riesgos de seguridad industrial y salud ocupacional existente en cada uno de ellos, la manera de minimizarlos, la legislación actual vigente que rige la seguridad industrial y exige el control de las condiciones y actos inseguros. y desde ahora la firma del presente documento, manifiesta el trabajador que tiene claros los conceptos y conductas en materia de seguridad que debe de acatar para minimizar y evitar los riesgos existentes en obra, que conoce y está de acuerdo con las políticas de seguridad, medio ambiente y salud ocupacional de la empresa **Consorcio Vial VG-VNF**, que se compromete a trabajar en equipo con tal conciencia de auto cuidado con el fin de evitar posibles incidentes y accidentes que se puedan presentar en el proyecto, que usara adecuadamente los EPP que le sean entregados para su protección, cualquier condición o acto inseguro que ponga en riesgo su integridad o la de sus compañeros se realizara llamado de atención, sanción, o finalización del contrato. El trabajador se compromete a participar activamente y cumplir con los programas y subprogramas que en materia de (S&SOMA). ¨seguridad industrial salud ocupacional y medio ambiente¨, que exija la empresa. El trabajador se compromete a cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la dirección de obra y las recomendaciones del departamento de seguridad y salud en el trabajo del **Consorcio Vial VG - VNF**, asumiendo las condiciones que en materia de multas y sanciones por el no cumplimiento de las mismas se puedan generar.

Como trabajador del **Consorcio Vial VG - VNF** me comprometo a cumplir las normas de comportamiento, las políticas de antitabaquismo, alcoholismo y drogadicción de la empresa y **AUTORIZO** para que en cualquier momento se me realicen las pruebas de alcoholemia según las necesidades del mismo.

Para constancia firman.

DARIO EUGENIO GOMEZ

C.C 7507841
Trabajador

Residente SST

Elaborado por:	***Revisado por:***	***Aprobado por:***	***Modificado por:***
Catalina Montoya	*Melba Albañil*	*Horacio Cárdenas*	
Profesional GR	*Coordinadora sst*	*Representante legal*	
08/03/2022	*08/06/2022*	*08/06/2022*	

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

Nota: 9/10

Nombre y Apellidos: DARIO EUGENIO GOMEZ JOSSA

C.C: 7707041 **Cargo:** AYUDANTE

Subcontratista U U P **Fecha:** 27-FEB-2024

1. ¿Cuál es la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada y que cubre los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales?

   SURA ACCIDENTES OCASIONADOS EN EL PUESTO DE TRABAJO

2. Mencione 3 tipos de riesgos a los que puede estar expuesto en su sitio de trabajo y de un ejemplo de cómo controlarlos.

   a) CAIDA LE AVISA AL ENCARGADO

   b) TENER CUIDADO CON LOS VOLSILLOS UTILIZAR EL CHALECO

   c) TENER CUIDADO CON LAS HERRAMIENTAS. UTILIZAR SIEMPRE EN BUEN ESTADO

3. Marque con una (X) dos deberes de los trabajadores con la Seguridad y Salud en el Trabajo.

   a) Asistir al Comité de Convivencia Laboral y COPASST.
   b) X Procurar el cuidado integral de su salud.
   c) X Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST.
   d) Ninguna de las anteriores.

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONSORCIO VIAL VC VNF

REGISTRO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

FECHA: 13/02/2024

VERSIÓN: 0

4. Un accidente de trabajo es:

a) El que sucede durante el desplazamiento de mi casa hacia mi sitio de trabajo.
b) El que ocurre estando realizando labores propias del trabajo.
c) El que ocurre estando en permiso laboral haciendo cosas personales.
d) El que sucede en actividades de tipo recreativo, deportivo y demás patrocinadas por la empresa.
e) b y d son correctas.

5. ¿Cuánto tiempo tiene un trabajador para informar sobre la ocurrencia de un accidente laboral?

DE INMEDIATO

6. ¿Cuánto tiempo se tiene para realizar el reporte de un accidente laboral ante la Administradora de Riesgos Laborales?

HAY MISMO

7. Seleccione dos responsabilidades para con el Sistema Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:

(X) Participar en las actividades del SG-SST.
(X) Cumplir con las políticas, normas y procedimientos del SG-SST.
( ) Ser cordial con todos los trabajadores y visitantes de la empresa.
( ) Reportar actos y condiciones inseguras cuando estas están presentes en su sitio de trabajo.
( ) Suministrar las incapacidades médicas cuando se presente ausentismo.

8. Mencione uno de los principios establecidos en la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo:

UTILIZAN LOS IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD

9. Una condición insegura corresponde a:

a) Acción del trabajador con omisión de normas o procedimientos.
b) Presencia de peligros en el ambiente de trabajo.
c) Suceso ocurrido con lesión en el trabajador.
d) Suceso repentino que sobrevenga por causa del trabajo.

10. Una acción u omisión del trabajador que lo desvié de un procedimiento o manera correcta de efectuar una tarea, disminuyendo el nivel de seguridad, tanto propia como quienes lo rodean; hace referencia a:

a) Accidente de trabajo.
b) Peligro.
c) Riesgo.
d) Acto inseguro.

Diana Cubano Suarez Arenas
Firma del trabajador.
Cargo: AYUDANTE
Fecha: 27-FEB-2025.

ANEXO

EXAMENES MEDICOS

ingresemos sas

¡Cuidamos la Salud de Tu Recurso Humano!

NIT 901261532-4
Dirección: Cr 50 A # 58 - 69 Prado Centro
Teléfonos: 311 777 6767 - 322 307 3618
Mail: contacto@ingresemos.com
facturacioningresemos@gmail.com
www.ingresemos.com
Medellín, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 42.965

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 (DÍA)	02 (MES)	2025 (AÑO)	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) (Ciudad)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ARGEON S.A.S	ARGEON S.A.S

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ALZATE ECHAVARRIA JORGE ELIECER	MASCULINO	41 AÑOS 8 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	8126036 (Número)

Cargo
OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *USO DE CORRECTOR VISUAL*

N/A — NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN AUDIOMETRIA TAMIZ	✓	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓
VISIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN ANO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO Y ESTÁ ENFOCADO EN UNA REVISIÓN, BUSCANDO PATOLOGÍAS ACTIVAS O SECUELAS OSTEOMUSCULARES EXTREMIDADES Y COLUMNA. DURANTE SU EVALUACIÓN NO SE EVIDENCIO PATOLOGÍA O SINTOMATOLOGÍA DE ORIGEN OSTEOMUSCULAR QUE PUDIERAN GENERA LIMITACIONES O RIESGO PARA DESEMPEÑAR SUS FUNCIONES LABORALES.
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN EVALUACION OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES
VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, BUEN USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES. CONOCER Y APLICAR EN FORMA CORRECTA LAS NORMAS DE SEGURIDAD, EVITAR DISTRACCIONES, PROMOVER CONDUCTAS DE NO DISTRACCION.
EL CONCEPTO MEDICO GENERADO EN ESTA EVALUACION Y SUS RECOMENDACIONES SE FUNDAMENTA EN LOS HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO Y A LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL PACIENTE LA CUAL REFEIRE QUE ES VERAZ Y ADEMAS QUE NO OMITE INFORMACION RELEVANTE PARA LA EVALUACION MEDICA.
HISTORIA CLINICA Y CONCEPTO EMITIDO BAJO LAS RESOLUCIONES 2346 DEL 2007 Y 1918 DEL 2009

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				Aspirante o Trabajador	
Firma:	Elkin Cuartas E			Firma:	Jorge Alzate
Nombre:	CUARTAS ECHAVARRIA ELKIN RAFAEL			Nombre:	ALZATE ECHAVARRIA JORGE ELIECER
R. M.:	70128360	L.S.O.: 2023060346720	Código de Seguridad U882A1G42965	CC:	8126036



ingresemos sas

¡Cuidamos la Salud de Tu Recurso Humano!

NIT 901261532-4
Dirección: Cr 50 A # 58 - 69 Prado Centro
Teléfonos: 311 777 6767 - 322 307 3618
Mail: contacto@ingresemos.com
facturacioningresemos@gmail.com
www.ingresemos.com
Medellín, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43.009

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	02 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ARGEON S.A.S	ARGEON S.A.S

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
FLOREZ ALZATE VICTOR HUGO	MASCULINO	32 AÑOS 0 MESES 21 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1020451795

Cargo
AYUDANTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *USO DE CORRECTOR VISUAL-CONTROL DE PESO*

N/A — NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN AUDIOMETRIA TAMIZ ✓	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓
VISIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN ANO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO Y ESTÁ ENFOCADO EN UNA REVISIÓN, BUSCANDO PATOLOGÍAS ACTIVAS O SECUELAS OSTEOMUSCULARES EXTREMIDADES Y COLUMNA. DURANTE SU EVALUACIÓN NO SE EVIDENCIO PATOLOGÍA O SINTOMATOLOGÍA DE ORIGEN OSTEOMUSCULAR QUE PUDIERAN GENERA LIMITACIONES O RIESGO PARA DESEMPEÑAR SUS FUNCIONES LABORALES.
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN EVALUACION OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES
VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, BUEN USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES. CONOCER Y APLICAR EN FORMA CORRECTA LAS NORMAS DE SEGURIDAD, EVITAR DISTRACCIONES, PROMOVER CONDUCTAS DE NO DISTRACCION.
EL CONCEPTO MEDICO GENERADO EN ESTA EVALUACION Y SUS RECOMENDACIONES SE FUNDAMENTA EN LOS HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO Y A LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL PACIENTE LA CUAL REFEIRE QUE ES VERAZ Y ADEMAS QUE NO OMITE INFORMACION RELEVANTE PARA LA EVALUACION MEDICA
HISTORIA CLINICA Y CONCEPTO EMITIDO BAJO LAS RESOLUCIONES 2346 DEL 2007 Y 1918 DEL 2009

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 mi 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: Elkin Cuartas E

Nombre: CUARTAS ECHAVARRIA ELKIN RAFAEL

R. M.: 70128360 L.S.O.: 2023060346720

Código de Seguridad
U882A1G43009

Aspirante o Trabajador



Firma: Victor Hugo Florez Alzate

Nombre: FLOREZ ALZATE VICTOR HUGO

CC: 1020451795

ingresemos sas

¡Cuidamos la Salud de Tu Recurso Humano!

NIT 901261532-4
Dirección: Cr 50 A # 58 - 69 Prado Centro
Teléfonos: 311 777 6767 - 322 307 3618
Mail: contacto@ingresemos.com
facturacioningresemos@gmail.com
www.ingresemos.com
Medellín, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 42.201

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	02 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ARGEON S.A.S	ARGEON S.A.S

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
HERAZO SANTIZ CARLOS ANDRES	MASCULINO	33 AÑOS 3 MESES 20 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1100397721

Cargo
AYUDANTE ENTENDIDO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO O LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN AUDIOMETRIA TAMIZ	✓	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓
VISIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

INGRESA USUARIO PARA EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA TAMIZ PARA EL CARGO
DE AYUDANTE ENTENDIDO
SIN COMORBILIDADES DE IMPORTANCIA.
ASINTOMATICO RESPIRATORIO Y GASTROINTESTINAL EN LOS ULTIMOS 8 DIAS.
EXAMEN FISICO SIN HALLAZGOS A DESTACAR. VALORACION OSTEOMUSCULAR NORMAL.
AUDIOMETRIA AUDICION NORMAL BILATERAL
VALORACION VISIOMETRICA: AGUDEZA VISUAL NORMAL BILATERAL.
MOTILIDAD OCULAR: NORMAL
EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR A DESEMPEÑAR.
SE DA RECOMENDACIONES EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE.
EL PRESENTE CONCEPTO DE APTITUD SE EMITE CON BASE EN LOS HALLAZGO ENCONTRADOS EN LA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
REALIZADA EL DÍA DE HOY Y CON BASE EN LA INFORMACIÓN APORTADA POR EL TRABAJADOR Y/O POR LA EMPRESA CONTRATANTE

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 mi 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				Aspirante o Trabajador	
Firma:				Firma:	
Nombre:	MARIN TOBON GERARDO ANDRES			Nombre:	HERAZO SANTIZ CARLOS ANDRES
R. M.:	5224306	L.S.O.:	2020060125953	CC:	1100397721

Código de Seguridad
C882I1O42201

Ingresemos sas

¡Cuidamos la Salud de Tu Recurso Humano!

NIT 901261532-4
Dirección: Cr 50 A # 58 - 69 Prado Centro
Teléfonos: 311 777 6767 - 322 307 3618
Mail: contacto@ingresemos.com
facturacioningresemos@gmail.com
www.ingresemos.com
Medellín, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 42.293

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	02 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ARGEON S.A.S	ARGEON S.A.S

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
VELASQUEZ OQUENDO DANY ALEJANDRO	MASCULINO	38 AÑOS 4 MESES 2 DÍAS	CC (Tipo)	1018372425 (Número)

Cargo
OFICIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO O LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN AUDIOMETRIA TAMIZ	✓	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓
VISIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

INGRESA USUARIO PARA EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA TAMIZ PARA EL CARGO
DE SUB CONTRATISTA
SIN COMORBILIDADES DE IMPORTANCIA.
ASINTOMATICO RESPIRATORIO Y GASTROINTESTINAL EN LOS ULTIMOS 8 DIAS.
EXAMEN FISICO SIN HALLAZGOS A DESTACAR. VALORACION OSTEOMUSCULAR NORMAL.
AUDIOMETRIA AUDICION NORMAL BILATERAL
VALORACION VISIOMETRICA: AGUDEZA VISUAL NORMAL BILATERAL.
MOTILIDAD OCULAR: NORMAL
EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR A DESEMPEÑAR.
SE DA RECOMENDACIONES EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE.
EL PRESENTE CONCEPTO DE APTITUD SE EMITE CON BASE EN LOS HALLAZGO ENCONTRADOS EN LA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA EL DÍA DE HOY Y CON BASE EN LA INFORMACIÓN APORTADA POR EL TRABAJADOR Y/O POR LA EMPRESA CONTRATANTE

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		Aspirante o Trabajador
Firma:		Firma:
Nombre: MARIN TOBON GERARDO ANDRES		Nombre: VELASQUEZ OQUENDO DANY ALEJANDRO
R. M.: 5224306 L.S.O.: 2020060125953	Código de Seguridad O882U1A42293	CC: 1018372425



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

LABORUM IPS



900410026-5

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 98554577-241476

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	12/02/2025 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	EDUAR JONIX MARIN RAMIREZ	**Identificación:**	98554577
Fecha Nacimiento:	6/10/1970 **Sexo:** MASCULINO **Edad:** 54	**Teléfono:**	**Móvil:** 3017417109
Estado Civil:	SEPARADO	**Cargo:**	OFICIAL DE CONSTRUCCION
Dirección:	CRA. 42 # 66E 50 MANRIQUE	**EPS:**	SAVIA SALUD
Empresa:	MARIDO EN CASA S.A.S	**Escolaridad:**	BACHILLERATO
		Sexo:	MASCULINO **Edad:** 54

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA LABORAL

CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES. MANTENER LAS ACTIVIDADES PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACION. PRACTICAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS ACORDES CON SU ESTADO FISICO Y CONDICION DE SALUD. REALIZAR ENTRENAMIENTOS CONTINUOS SOBRE LA MECANICA CORPORAL ADECUADA PARA MOVILIZAR CARGAS. REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIODICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL PROGRAMA DE LA EMPRESA. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE LA DOTACION. UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECANICA CORPORAL PARA LA MOVILIZACION DE CARGAS Y PARA REALIZAR LAS DEMAS TAREAS DE SU OCUPACION. VERIFICAR DE MANERA CONTINUA EN EL DESARROLLO DE SU TRABAJO QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES FISICAS DEL TRABAJADOR

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones:

Nota Aclaratoria

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros, previa autorizacion del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

RECOMENDACIONES DEL CARGO

- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
- Si va a estar expuesto ocupacionalmente a ruido superior a 80 dB se recomienda realizar Audiometría periodica según profesiograma.
- Utilizar la protección auditiva definida por la empresa en ambientes ruidosos tanto laborales como extralaborales.
- Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta producto y nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
- Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupacion.
- Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- En caso de requerir realizar trabajos o actividades a una altura superior a 1,50 mt, debe recibir capacitación y entrenamiento adecuado para certificar su aptitud médica para este tipo de trabajos de alto riesgo.
- Verificar en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

ENFASIS EN EL EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: El exámen estático y dinámico de la columna vertebral y el exámen osteomuscular a nivel de los diferentes segmentos corporales es normal. No se evidencian atrofias, ni limitaciones de la movilidad, no hay dolor, ni el trabajador refiere sintomatología sobre manguito rotador, tendinitis del codo, síndrome del túnel del carpo, enfermedad de Quervain u otras patologías de los miembros inferiores. *Se deben implementar todas las medidas de prevención y protección requeridas para prevenir patologías osteomusculares y accidentes de trabajo.* CONSIDERACIONES JURIDICAS RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.
EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACION ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZON FIRMA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO"

ESTA EVALUACION NO DA AUTORIZACION O VALORACION POSITIVA PARA QUE EL TRABAJADOR REALICE ACTIVIDADES EN ALTURAS, SE REQUIERE CUMPLIRE LA Resolución 4272 de 2021

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

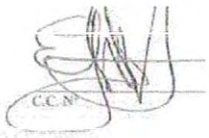
NO

Información de Remisiones

NO



Médico Especialisa en Salud Laboral
JUAN DAVID ARISTIZABAL ECHEVERRI
2024060017262 05-2168-02



Firma y cédula del Paciente
EDUAR JONIX MARIN RAMIREZ
98554577

ingresemos sas

¡Cuidamos la Salud de Tu Recurso Humano!

NIT 901261532-4
Dirección: **Cr 50 A # 58 - 69 Prado Centro**
Teléfonos: **311 777 6767 - 322 307 3618**
Mail: **contacto@ingresemos.com**
facturacioningresemos@gmail.com
www.ingresemos.com
Medellín, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 42.817

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 (DÍA)	02 (MES)	2025 (AÑO)	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) (Ciudad)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ARGEON S.A.S	ARGEON S.A.S

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
TOBIAS CONTRERAS KEVIN ANDRES	MASCULINO	21 AÑOS 1 MESES 19 DÍAS	CC (Tipo)	1102390521 (Número)

Cargo
AYUDANTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO O LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN AUDIOMETRIA TAMIZ	✓	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓
VISIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO Y ESTÁ ENFOCADO EN UNA REVISIÓN, BUSCANDO PATOLOGÍAS ACTIVAS O SECUELAS OSTEOMUSCULARES EN EXTREMIDADES Y COLUMNA, DURANTE SU EVALUACIÓN NO SE EVIDENCIO PATOLOGÍA O SINTOMATOLOGÍA DE ORIGEN OSTEOMUSCULAR QUE PUDIERAN GENERA LIMITACIONES O RIESGO PARA DESEMPEÑAR SUS FUNCIONES LABORALES. ES UNA EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN EVALUACION OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES SE DEBE VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES.BUEN USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES. CONOCER Y APLICAR EN FORMA CORRECTA LAS NORMAS DE SEGURIDAD, EVITAR DISTRACCIONES, PROMOVER CONDUCTAS DE NO DISTRACCION.
EL CONCEPTO MEDICO GENERADO EN ESTA EVALUACION Y SUS RECOMENDACIONES SE FUNDAMENTA EN LOS HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO Y A LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL PACIENTE LA CUAL REFEIRE QUE ES VERAZ Y ADEMAS QUE NO OMITE INFORMACION RELEVANTE PARA LA EVALUACION MEDICA HISTORIA CLINICA Y CONCEPTO EMITIDO BAJO LAS RESOLUCIONES 2346 DEL 2007 Y 1918 DEL 2009

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 ver ídicas. 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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		Aspirante o Trabajador
Firma: Elkin Cuartas E		Firma:
Nombre: CUARTAS ECHAVARRIA ELKIN RAFAEL		Nombre: TOBIAS CONTRERAS KEVIN ANDRES
R. M.: 70128360 L.S.O.: 2023060346720	Código de Seguridad Q882W1C42817	CC: 1102390521



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

LABORUM IPS



900410026-5

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 1035232039-242779

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	12/02/2025 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	ADRIAN DE JESUS MACIAS MONSALVE	**Identificación:**	1035232039
Fecha Nacimiento:	29/01/1996 **Sexo:** MASCULINO **Edad:** 29	**Teléfono:**	**Móvil:** 3005060731
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**Cargo:**	Ayudante de construcción
Dirección:	CRA 25 # 75 - 80 MANRIQUE	**EPS:**	SURA EPS
Empresa:	MARIDO EN CASA S.A.S -	**Escolaridad:**	BACHILLERATO
		Sexo:	MASCULINO **Edad:** 29

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA LABORAL

CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES. MANTENER LAS ACTIVIDADES PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACION. PRACTICAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS ACORDES CON SU ESTADO FISICO Y CONDICION DE SALUD. REALIZAR ENTRENAMIENTOS CONTINUOS SOBRE LA MECANICA CORPORAL ADECUADA PARA MOVILIZAR CARGAS. REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIODICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL PROGRAMA DE LA EMPRESA. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE LA DOTACION. UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECANICA CORPORAL PARA LA MOVILIZACION DE CARGAS Y PARA REALIZAR LAS DEMAS TAREAS DE SU OCUPACION. VERIFICAR DE MANERA CONTINUA EN EL DESARROLLO DE SU TRABAJO QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES FISICAS DEL TRABAJADOR

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones:

Nota Aclaratoria

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento

RECOMENDACIONES DEL CARGO

- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
- Si va a estar expuesto ocupacionalmente a ruido superior a 80 dB se recomienda realizar Audiometria periodica según profesiograma.
- Utilizar la protección auditiva definida por la empresa en ambientes ruidosos tanto laborales como extralaborales.
- Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta producto y nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
- Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- En caso de requerir realizar trabajos o actividades a una altura superior a 1,50 mt, debe recibir capacitación y entrenamiento adecuado para certificar su aptitud médica para este tipo de trabajos de alto riesgo.
- Verificar en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades fisicas del trabajador.

ENFASIS EN EL EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: El exámen estático y dinámico de la columna vertebral y el exámen osteomuscular a nivel de los diferentes segmentos corporales es normal. No se evidencian atrofias, ni limitaciones de la movilidad, no hay dolor, ni el trabajador refiere sintomatología sobre manguito rotador, tendinitis del codo, síndrome del túnel del carpo, enfermedad de Quervain u otras patologías de los miembros inferiores. Se deben implementar todas las medidas de prevención y protección requeridas para prevenir patologías osteomusculares y accidentes de trabajo.
CONSIDERACIONES JURIDICAS RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.
EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACION ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZON FIRMA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO"

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

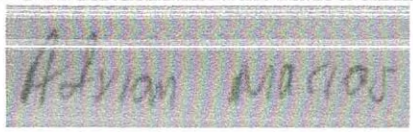
NO

Información de Remisiones

NO







Médico Especialista en Salud Laboral
JUAN DAVID ARISTIZABAL ECHEVERRI
2024060017262 05-2168-02

Firma y cédula del Paciente
ADRIAN DE JESUS MACIAS MONSALVE
1035232039

ingresemos sas

¡Cuidamos la Salud de Tu Recurso Humano!

NIT 901261532-4
Dirección: Cr 50 A # 58 - 69 Prado Centro
Teléfonos: 311 777 6767 - 322 307 3618
Mail: contacto@ingresemos.com
facturacioningresemos@gmail.com
www.ingresemos.com
Medellín, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 42.822

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	02 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ARGEON S.A.S	ARGEON S.A.S

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PADILLA LARES WILBERTO	MASCULINO	21 AÑOS 1 MESES 30 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1101872261

Cargo
AYUDANTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO O LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN AUDIOMETRIA TAMIZ	✓	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓
VISIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

INGRESA USUARIO PARA EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA TAMIZ PARA EL CARGO
DE AYUDANTE
SIN COMORBILIDADES DE IMPORTANCIA.
ASINTOMATICO RESPIRATORIO Y GASTROINTESTINAL EN LOS ULTIMOS 8 DIAS.
EXAMEN FISICO SIN HALLAZGOS A DESTACAR. VALORACION OSTEOMUSCULAR NORMAL.
AUDIOMETRIA AUDICION NORMAL BILATERAL
VALORACION VISIOMETRICA: AGUDEZA VISUAL NORMAL BILATERAL.
MOTILIDAD OCULAR: NORMAL
EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR A DESEMPEÑAR.
SE DA RECOMENDACIONES EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE.
EL PRESENTE CONCEPTO DE APTITUD SE EMITE CON BASE EN LOS HALLAZGO ENCONTRADOS EN LA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA EL DÍA DE HOY Y CON BASE EN LA INFORMACIÓN APORTADA POR EL TRABAJADOR Y/O POR LA EMPRESA CONTRATANTE

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 o 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				Aspirante o Trabajador	
Firma:				Firma:	
Nombre: MARIN TOBON GERARDO ANDRES				Nombre: PADILLA LARES WILBERTO	
R. M.: 5224306	L.S.O.: 2020060125953	Código de Seguridad		CC: 1101872261	
		E882K1Q42822			

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

LABORUM IPS



900410026-5

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Certificado de aptitud: 1020421151-243605

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	25/02/2025 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	FERNEY ALEXANDER OSORIO MUÑOZ	**Identificación:**	1020421151
Fecha Nacimiento:	7/04/1989 **Sexo:** MASCULINO **Edad:** 35	**Teléfono:**	**Móvil:** 3003736312
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**Cargo:**	AYUDANTE DE CONSTRUCCION.
Dirección:	CALLE 104 # 50B 42 BARRIO VILLANIZA ACEVEDO	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Empresa:	MARIDO EN CASA S.A.S	**Escolaridad:**	BACHILLERATO
		Sexo:	MASCULINO **Edad:** 35

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA LABORAL	CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL PROGRAMA DE LA EMPRESA. UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECANICA CORPORAL PARA LA MOVILIZACION DE CARGAS Y PARA REALIZAR LAS DEMAS TAREAS DE SU OCUPACION. VERIFICAR DE MANERA CONTINUA EN EL DESARROLLO DE SU TRABAJO QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES FISICAS DEL TRABAJADOR
TETANO (VACUNA)	VACUNA APLICADA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones:

Nota Aclaratoria

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clinica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por teceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En nungún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

RECOMENDACIONES DEL CARGO

- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
- Si va a estar expuesto ocupacionalmente a ruido superior a 80 dB se recomienda realizar Audiometria periodica según profesiograma.
- Utilizar la protección auditiva definida por la empresa en ambientes ruidosos tanto laborales como extralaborales.
- Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta producto y nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
- Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- En caso de requerir realizar trabajos o actividades a una altura superior a 1,50 mt, debe recibir capacitación y entrenamiento adecuado para certificar su aptitud médica para este tipo de trabajos de alto riesgo.
- Verificar en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

ENFASIS EN EL EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: El exámen estático y dinámico de la columna vertebral y el exámen osteomuscular a nivel de los diferentes segmentos corporales es normal. No se evidencian atrofias, ni limitaciones de la movilidad, no hay dolor, ni el trabajador refiere sintomatología sobre manguito rotador, tendinitis del codo, síndrome del túnel del carpo, enfermedad de Quervain u otras patologías de los miembros inferiores. Se deben implementar todas las medidas de prevención y protección requeridas para prevenir patologías osteomusculares y accidentes de trabajo.

CONSIDERACIONES JURIDICAS RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACION ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZON FIRMA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

Médico Especialista en Salud Laboral
LUIS EDUARDO DE ORO SAUMETH
S201860031134 5-0473-13

Firma y cédula del Paciente
FERNEY ALEXANDER OSORIO MUÑOZ
1020421151

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO



H.C.: 70162209-407113

Fecha y Lugar: 11/02/2025 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante: CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -
Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica: Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.
Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	GILDARDO DE JESUS MONSALVE MUÑOZ		**Identificación:**	70162209	**Rh:** RH O+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 61	**Teléfono:**	3205927292	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	3/05/1963 SAN CARLOS		**Cargo:**	OFICIAL	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE		**Escolaridad:**	PRIMARIA	
Dirección:	SAN JOSE LA CIMA MEDELLIN		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
ARL:	SURA		**AFP:**	COLPENSIONES	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA, DEBE LABORAR CON LENTES FORMULADOS, HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL -

Información de Remisiones

OPTOMETRIA

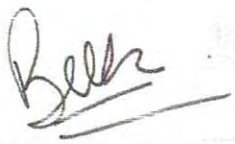
'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabaje, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.





Médico Especialisa en Salud Laboral
BELKY PATRICIA CORONELL ALBA
L.S 1157 Reg. 66631/05



Firma y cédula del Paciente
GILDARDO DE JESUS MONSALVE MUÑOZ
70162209

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1104864674-406902

Fecha y Lugar: 8/02/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: GLEEN ARTURO GONZALEZ ARRIETA
Género: MASCULINO **Edad:** 28
Fecha y Lugar de Nacimiento: 15/03/1996 TOLU VIEJO
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: LLANADAS MEDELLIN
ARL: SURA

Identificación: 1104864674 **Rh:** RH O+
Teléfono: 3106294156 **Móvil:**
Cargo: AYUDANTE
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
AFP: PORVENIR S.A.

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

USO ESTRICTO DE ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVA EN AREAS EXPUESTAS

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabaje, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Médico Especialisa en Salud Laboral
ALVARO DE JESUS YEPES ALVAREZ
2019060432521 -

Firma y cédula del Paciente
GLEEN ARTURO GONZALEZ ARRIETA
1104864674

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 15340788-407036

Fecha y Lugar: 10/02/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	HECTOR EMILIO AGUIRRE		**Identificación:**	15340788	**Rh:** RH A+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 57	**Teléfono:**	3235354334	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	31/07/1967 REMEDIOS		**Cargo:**	AYUDANTE	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Escolaridad:**	PRIMARIA	
Dirección:	CALLE 96 N 67-30 MEDELLIN		**EPS:**	EPS SURA	
ARL:	SURA		**AFP:**	PROTECCION S.A.	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA REALIZAR ACTIVIDADES QUE NO IMPLIQUEN EXCEDER LIMITE DE CARGAS PERMITIDOS USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCION EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL	-
CARDIOVASCULAR	-

Información de Remisiones

MÉDICINA GENERAL EPS

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

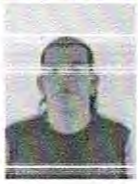
Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Médico Especialisa en Salud Laboral ERNESTO CAMILO CAHUANA PINTO 4515	Firma y cédula del Paciente HECTOR EMILIO AGUIRRE 15340788

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

LABORUM IPS



900410026-5

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 71744034-241500

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	12/02/2025 - MEDELLÍN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	OSCAR ALBERTO GAVIRIA LOPEZ	**Identificación:**	71744034
Fecha Nacimiento:	7/08/1973 **Sexo:** MASCULINO **Edad:** 51	**Teléfono:**	**Móvil:** 3233006522
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**Cargo:**	AUXILIAR DE CONSTRUCCION
Dirección:	CRA 50 # 70-118	**EPS:**	SAVIA SALUD
Empresa:	MARIDO EN CASA S.A.S	**Escolaridad:**	BACHILLERATO
		Sexo:	MASCULINO **Edad:** 51

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA LABORAL

CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES. MANTENER LAS ACTIVIDADES PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACION. PRACTICAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS ACORDES CON SU ESTADO FISICO Y CONDICION DE SALUD. REALIZAR ENTRENAMIENTOS CONTINUOS SOBRE LA MECANICA CORPORAL ADECUADA PARA MOVILIZAR CARGAS. REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIODICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL PROGRAMA DE LA EMPRESA. SE RECOMIENDAN HABITOS SALUDABLE COMO DIETA BAJA EN GRASA, Y EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA PARA CONTROL DE PESO. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE LA DOTACION. UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECANICA CORPORAL PARA LA MOVILIZACION DE CARGAS Y PARA REALIZAR LAS DEMAS TAREAS DE SU OCUPACION. VERIFICAR DE MANERA CONTINUA EN EL DESARROLLO DE SU TRABAJO QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES FISICAS DEL TRABAJADOR

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones:

Nota Aclaratoria

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador unicamente puede ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

RECOMENDACIONES DEL CARGO

- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
- Si va a estar expuesto ocupacionalmente a ruido superior a 80 dB se recomienda realizar Audiometría periodica según profesiograma.
- Utilizar la protección auditiva definida por la empresa en ambientes ruidosos tanto laborales como extralaborales.
- Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta producto y nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
- Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- En caso de requerir realizar trabajos o actividades a una altura superior a 1,50 mt, debe recibir capacitación y entrenamiento adecuado para certificar su aptitud médica para este tipo de trabajos de alto riesgo.
- Verificar en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

ENFASIS EN EL EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: El exámen estático y dinámico de la columna vertebral y el exámen osteomuscular a nivel de los diferentes segmentos corporales es normal. No se evidencian atrofias, ni limitaciones de la movilidad, no hay dolor, ni el trabajador refiere sintomatología sobre manguito rotador, tendinitis del codo, síndrome del túnel del carpo, enfermedad de Quervain u otras patologías de los miembros inferiores. Se deben implementar todas las medidas de prevención y protección requeridas para prevenir patologías osteomusculares y accidentes de trabajo. CONSIDERACIONES JURIDICAS RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.
EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACION ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZON FIRMA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO"

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO



Medico Especialisa en Salud Laboral
JUAN DAVID ARISTIZABAL ECHEVERRI
2024060017262 05-2168-02

Firma y cédula del Paciente
OSCAR ALBERTO GAVIRIA LOPEZ
71744034

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 70471523-406904

Fecha y Lugar: 8/02/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante: CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -
Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: SERGIO ENRIQUE GOMEZ CASTRO
Género: MASCULINO **Edad:** 47
Fecha y Lugar de Nacimiento: 27/11/1977 CAICEDO
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CLL 65 N 16-DD86 MEDELLIN
ARL: SURA
Identificación: 70471523
Teléfono:
Cargo: OFICIAL
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: EPS SURA
AFP: PORVENIR S.A.
Rh: RH O-
Móvil: 3014031995

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

REQUIERE LENTES PARA TRABAJOS CON DETALLE DE AGUDEZA VISUAL LEJANA. LA EMPRESA DEBE VIGILAR Y GARANTIZAR ESTA RECOMENDACION PARA EVITAR ACCIDENTES LABORALES Y/O ENFERMEDAD LABORAL. // RESTRICCION DADA DE MANERA TEMPORAL HASTA PRESENTAR LENTES FORMULADOS.

5. RESTRICCIONES

RESTRICCION VISUAL

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Médico Especialisa en Salud Laboral
ERNESTO CAMILO CAHUANA PINTO
4515

Firma y cédula del Paciente
SERGIO ENRIQUE GOMEZ CASTRO
70471523

Fecha Impresión:
17/02/2025 07:10:47 am

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

susmédicos
Conciencia laboral y valoración

800.113.024-4

Nro. Ingreso: 165627	Fecha del Exámen: 15/02/2025	Tipo de Exámen: Periodico

Exámenes practicados: Concepto Conductor, Trabajo En Alturas Y Riesgo Eléctrico con espirometria

DATOS PERSONALES





Nombres. HECTOR		Apellidos. ROMAÑA PALACIOS	
Tipo Documento. CC		Nro Documento. 11.814.478	
Fecha Nacimiento: 1982/10/25	Edad: 42	Sexo: Masculino	
Dirección Domicilio: CL 68 A N 94 C 47		Teléfono Domicilio: 3135906603	
Lugar Residencia: MEDELLIN		Grupo Sanguíneo: B+	
Profesión/ocupación: OPERARIO DE MAQUINA			
Nombre Acompañante: NINGUNO		Teléfono Acompañante: NINGUNO	
Persona Responsable: GLENCI PALACIOS (ESPOSA)		Teléfono Persona R: 3137596046	
EPS: Sura	ARL: Sura	Pensiones: Protección	Cesantias: Protección
Tipo Vinculación EPS: Contributivo cotizante		Estado Civil: Union libre	

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: ALDECCO S . A . S .		Actividad Económica: Alquiler de maquinaria y equipo de construccion y de ingenieria civil	
Cargo: OPERARIO DE MAQUINA	Perfil Biológico: Adecuada audición , Adecuada visión, Adecuado sistema osteomuscular general	Factores de Riesgo: Posiciones prolongadas, Locativo por condiciones del puesto de trabajo , Físico por ruido en manejo de equipo electromecánico, Polvo, Vibración, Electrico, exigencia visual de la tarea, movimientos repetitivos de Miembros superiores, Ruido, material particulado, Altura, Vibración , electrico	Medidas de Protección: Educación en normas de higiene postural, pausas activas, Casco, Calzado de seguridad, Protección auditiva y respiratoria, Monogafas, Guantes, arnes, lineas de vida, vestimenta adecuada.

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

S.V.E	RECOMENDACIONES	RESTRICCIONES	INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO PARA EL CARGO
AUDIOMETRÍA	Uso protección auditiva en área con ruido mayor a 85 dB Oído derecho: audición normal. Oído izquierdo: pérdida leve en 6 kHz.	Ninguna.	Resultado alterado cumpliendo recomendaciones, es adecuado para el cargo.
ESPIROMETRÍA	Control periódico teniendo en cuenta: Patrón espirométrico en el limite normal	Ninguna.	Resultado normal y adecuado para el cargo
VISIOMETRÍA	Control periódico teniendo en cuenta: Agudeza visual mixta bilateral normal, Discriminación del color normal, Percepción de profundidad normal	Ninguna.	Resultado normal y adecuado para el cargo
PSICOSENSOMÉTRICO	control periodico teniendo en cuenta tamizaje psicomotriz aprobado en los 6 parametros.	Ninguna.	Resultado normal y adecuado para el cargo
Tamizaje osteomuscular.	bajo riesgo osteomuscular para el cargo.	Ninguna.	Resultado normal y adecuado para el cargo
Glicemia.	Control periódico, teniendo en cuenta que el examen de glicemia que se le realizó hoy, tiene un valor normal.	Ninguna.	Resultado normal y adecuado para el cargo

Perfil lipídico.	Control periódico teniendo en cuenta que los resultados de los exámenes de laboratorio que se le realizaron hoy (colesterol total, colesterol LDL, colesterol VLDL, colesterol HDL y triglicéridos) están dentro de los parámetros normales.	Ninguna.	Resultado normal y adecuado para el cargo
Toxicología en orina.	Control periódico teniendo en cuenta resultado negativo de toxicología de dos parámetros	Ninguna.	Resultado normal y adecuado para el cargo
EXAMEN MÉDICO	Control periódico teniendo en cuenta examen físico clínicamente normal + Control nutricional del sobrepeso Se le recomienda iniciar una dieta saludable, baja en grasas y carbohidratos, aumentando el consumo de legumbres, verduras y frutas en su alimentación diaria. Iniciar programa de ejercicio físico aeróbico con regularidad e intensidad..	Ninguna.	Resultado normal y adecuado para el cargo

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto	Apto para Conductor de Vehículo, Apto para el cargo y Trabajo en Alturas, Apto para el Cargo y Riesgo Eléctrico

Eduardo Echavarria.	Hector
PROFESIONAL: CHRISTIAN EDUARDO ECHAVARRIA BOTERO	PACIENTE: HECTOR ROMAÑA PALACIOS
CC 8027489	Documento: CC: 11814478
Médico (a)	
Licencia: 123713	
Especialista en: ESPECIALISTA EN SO	
Registro: 5-3133-09	

Certifico con la firma de este documento que la información es cierta y autorizo a SUS MÉDICOS S.A; para almacenar y usar mis datos personales para el registro de operaciones en el termino de la relación contractual y comercial que se origina en el registro de la base de datos de usuarios y para reportar información

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: INGRESO OSTEOMUSCULAR **Fecha de consulta:** 21/02/2025

Información paciente



Empresa: D&G ALIADOS S.A.S
Empresa en misión:
Nombre completo: KEILLER MANUEL JIMENEZ LAMBIS
Identificación: CC: 1001782290
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: RECIDENTE DE OBRA
Fecha nacimiento: 06/02/1998
Edad: 27
Genero: Masculino
Estado civil: Soltero
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Teléfono: 3054825358
Dirección: Atlántico, Barranquilla, CRA 6 C # 94 20
Nº hijos: 0
ARL: No refiere
EPS: Nueva EPS
AFP: Protección S.A.

Exámenes analizados

- **AUDIOMETRÍA .**
- **EXAMEN PSICOTÉCNICO OCUPACIONAL.**
- **VISIOMETRÍA.**
- **Vacuna tetano .**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR. APTO PARA EL CARGO RESIDENTE DE OBRA.

EVALUACIÓN POR OPTOMETRÍA ANUAL.

RECOMENDACIONES GENERALES:

SI LABORA A LA INTEMPERIE RECUERDE USAR PROTECTOR SOLAR, GORRA Y MONOGAFAS CON FILTRO UV.

LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES (INGRESO, PERIÓDICA Y DE EGRESO) LAS DEBE REALIZAR EL EMPLEADOR PÚBLICO Y PRIVADO EN FORMA OBLIGATORIA. (ARTÍCULO 3 RESOLUCIÓN 0312 DEL 13 DE FEBRERO DE 2019 DEL MINISTERIO DE TRABAJO)

INGRESO A LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACUERDO A RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA

CUMPLIR CON LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL:

VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.

EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ANTES DE COMENZAR A LABORAR, ADOPTAR BUENAS POSTURAS, NO EXCEDER LEVANTAMIENTO DE PESO ESTIPULADO EN LA LEGISLACIÓN VIGENTE, UTILIZAR TÉCNICAS ADECUADAS EN EL MANEJO DE CARGAS SI SE VA A MANIPULAR LA CARGA MANUALMENTE, ROTACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO SI LA TAREA A REALIZAR ES DEMASIADO PESADA.

PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL, CADA 2 HORAS POR 5 MINUTOS, CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS CORPORALES INVOLUCRADAS.

ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.

EN CUANTO A TRABAJO ESTÁTICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1913 DEL 2009

EVITAR LAS TAREAS REPETITIVAS PROGRAMANDO CICLOS DE TRABAJO SUPERIORES A 30 SEGUNDOS Y NO REPETIR EL MISMO MOVIMIENTO DURANTE MÁS DEL 50% DE LA DURACIÓN DEL CICLO DE TRABAJO.

DURANTE LA JORNADA LABORAL

HACER USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LE BRINDE LA EMPRESA DEACUERDO CON EL RIESGO DE LA LABORAL, INSTRUIR EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y LESIONES, BUEN USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, REPORTAR LAS CONDICIONES DE TRABAJO QUE PUEDEN SER GENERADORAS DE ACCIDENTES LABORALES Y REPORTAR TODO INCIDENTE Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO Y APLICAR EN FORMA CORRECTA LAS NORMAS DE SEGURIDAD.

MANTENER EL LUGAR DE TRABAJO EN ORDEN Y ASEO.

EN CUANTO A RIESGO PSICOSOCIAL:

PLANIFICAR ADECUADAMENTE LAS TAREAS QUE HAN DE REALIZARSE DE FORMA QUE SE REDUZCAN LOS PICOS DE TRABAJO, DISPONER DE TRABAJADORES FLOTANTES QUE PUEDAN CUBRIR LAS TAREAS EN LOS PERÍODOS DE BAJAS O EN SITUACIONES ESPECIALES DE MAYOR CARGA DE TRABAJO, PLANIFICAR CON LOS TRABAJADORES UN PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUA PARA QUE ESTÉN AL DÍA DE TODOS LOS ASPECTOS REQUERIDOS POR LAS NORMAS Y LECISLACIÓN, FACILITAR LA COMPATIBILIDAD DE LA VIDA FAMILIAR Y LABORAL, ADECUAR LA CANTIDAD DE TRABAJO AL TIEMPO QUE DURA LA JORNADA LABORAL, REALIZAR ACTIVIDADES LUDICAS DE INTEGRACIÓN.

SALUD VISUAL Y AUDITIVA:

REVISIÓN PERIÓDICA PARA VERIFICAR EL ESTADO DE LA SALUD VISUAL Y AUDITIVA, EL CUAL DEBE ESTAR ACORDE A LAS EXIGENCIAS LABORALES.

SE INFORMA AL PACIENTE QUE DEBE MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL Y AUDITIVA, MEJORAR HÁBITOS EN EL PUESTO DE TRABAJO COMO UNA BUENA Y ADECUADA ILUMINACIÓN.

USO DE IMPLEMENTO DE SEGURIDAD PERSONAL, AUDÍFONOS SI LO REQUIERE, LENTES OFTALMOLÓGICOS QUE CORRIJAN SU DEFICIENCIA VISUAL SI LO REQUIERE.

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS MIRANDO A DISTANCIAS CONTRARIAS A LAS HABITUALES, NO AUTO-MEDICARSE SI PRESENTA ALGÚN TRAUMA O MOLESTIA OCULAR.

CONSULTA POR OPTOMETRIA PERIÓDICAMENTE CADA AÑO

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- 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.

ALEJANDRA ZAPATA MORALES
Profesión: Medico especialista en seguridad y salud en el trabajo universidad ces
Registro: REG MED 1128423700 / RES.2023060353091

Aspirante o trabajador
KEILLER MANUEL JIMENEZ LAMBIS
Identificación: CC: 1001782290

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

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1037480436-408343

Fecha y Lugar: 24/02/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante: CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -
Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica: Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.
Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: BIERSON BEJARANO BERRIO
Género: MASCULINO **Edad:** 33
Fecha y Lugar de Nacimiento: 18/07/1991 MEDELLIN
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: CRA 30 B 79 B 41
ARL: SURA
Identificación: 1037480436 **Rh:** RH B+
Teléfono: **Móvil:** 3226615584
Cargo: AYUDANTE
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
AFP: COLFONDOS

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

HABITOS DE VIDA SALUDABLE ****

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnostica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabaje, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Médico Especialisa en Salud Laboral
BELKY PATRICIA CORONELL ALBA
L.S 1157 Reg. 66631/05

Firma y cédula del Paciente
BIERSON BEJARANO BERRIO
1037480436

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO



H.C.: 1077442803-407000

Fecha y Lugar: 10/02/2025 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante: CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -
Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica: Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.
Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: CARLOS ANDRES MARTINEZ JORDAN
Género: MASCULINO **Edad:** 35
Fecha y Lugar de Nacimiento: 16/02/1990 MEDELLIN
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: BUENOS AIRES MEDELLIN
ARL: SURA

Identificación: 1077442803 **Rh:** RH O+
Teléfono: 3207264740 **Móvil:**
Cargo: AYUDANTE
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
AFP: PORVENIR S.A.

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

PRESENTA CONDICIÓN MÉDICA AUDITIVA POR SEGUIRIDAD Y SALUD DEL TRABAJADOR SE RECOMIENDA USO DE PROTECCION AUDITIVA EN EXPOSICION A RUIDOS SUPERIORES A 80 DECIBELES, REALIZAR AUDIOMETRIA PERIODICA Y SEGUIMIENTO POR OTORRINO EN SU EPS ** SE SUGIERE INCLUIR EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA **** . LA EMPRESA DEBE VIGILAR Y GARANTIZAR ESTA RECOMENDACION PARA EVITAR ACCIDENTES LABORALES Y/O ENFERMEDAD LABORAL . HABITOS DE VIDA SALUDABLE ** REQUIERE CONSULTAR EN EPS **

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

PRESENTA CONDICIÓN MÉDICA AUDITIVA POR SEGUIRIDAD Y SALUD DEL TRABAJADOR SE RECOMIENDA USO DE PROTECCION AUDITIVA EN EXPOSICION A RUIDOS SUPERIORES A 80 DECIBELES, REALIZAR AUDIOMETRIA PERIODICA Y SEGUIMIENTO POR OTORRINO EN SU EPS ** SE SUGIERE INCLUIR EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA **** . LA EMPRESA DEBE VIGILAR Y GARANTIZAR ESTA RECOMENDACION PARA EVITAR ACCIDENTES LABORALES Y/O ENFERMEDAD LABORAL . ******** USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRIA U OPTOMETRIA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

AUDITIVO -

Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoracion y complementacion diagnostica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabaje, de la cual obtendre el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.

Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Médico Especialisa en Salud Laboral
BELKY PATRICIA CORONELL ALBA
L.S 1157 Reg. 66631/05

Firma y cédula del Paciente
CARLOS ANDRES MARTINEZ JORDAN
1077442803

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

LABORUM IPS



900410026-5

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 1152696157-242961

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	13/02/2025 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JULIAN ALBERTO OSORIO MUÑOZ	**Identificación:**	1152696157
Fecha Nacimiento:	9/01/1992 **Sexo:** MASCULINO **Edad:** 33	**Teléfono:**	**Móvil:** 3044800857
Estado Civil:	CASADO(A)	**Cargo:**	AUXILIAR DE CONSTRUCCION
Dirección:	CR103 60C75 VALLEJUELOS	**EPS:**	SURA EPS
Empresa:	MARIDO EN CASA S.A.S -	**Escolaridad:**	MAESTRIA
		Sexo:	MASCULINO **Edad:** 33

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA LABORAL

CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES. MANTENER LAS ACTIVIDADES PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACION. PRACTICAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS ACORDES CON SU ESTADO FISICO Y CONDICION DE SALUD. REALIZAR ENTRENAMIENTOS CONTINUOS SOBRE LA MECANICA CORPORAL ADECUADA PARA MOVILIZAR CARGAS. REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIODICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL PROGRAMA DE LA EMPRESA. SE RECOMIENDAN HABITOS SALUDABLE COMO DIETA BAJA EN GRASA, Y EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA PARA CONTROL DE PESO. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE LA DOTACION. UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECANICA CORPORAL PARA LA MOVILIZACION DE CARGAS Y PARA REALIZAR LAS DEMAS TAREAS DE SU OCUPACION. VERIFICAR DE MANERA CONTINUA EN EL DESARROLLO DE SU TRABAJO QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES FISICAS DEL TRABAJADOR

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones:

Nota Aclaratoria

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

RECOMENDACIONES DEL CARGO

- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
- Si va a estar expuesto ocupacionalmente a ruido superior a 80 dB se recomienda realizar Audiometría periodica según profesiograma.
- Utilizar la protección auditiva definida por la empresa en ambientes ruidosos tanto laborales como extralaborales.
- Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta producto y nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
- Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- En caso de requerir realizar trabajos o actividades a una altura superior a 1,50 mt, debe recibir capacitación y entrenamiento adecuado para certificar su aptitud médica para este tipo de trabajos de alto riesgo.
- Verificar en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

ENFASIS EN EL EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: El exámen estático y dinámico de la columna vertebral y el exámen osteomuscular a nivel de los diferentes segmentos corporales es normal. No se evidencian atrofias, ni limitaciones de la movilidad, no hay dolor, ni el trabajador refiere sintomatología sobre manguito rotador, tendinitis del codo, síndrome del túnel del carpo, enfermedad de Quervain u otras patologías de los miembros inferiores. Se deben implementar todas las medidas de prevención y protección requeridas para prevenir patologías osteomusculares y accidentes de trabajo.
CONSIDERACIONES JURIDICAS RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.
EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACION ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZON FIRMA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO"

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

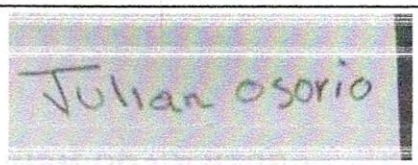
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

JUAN DAVID
ARISTIZABAL ECHEVERRI
RM: 5-2168-02



Médico Especialista en Salud Laboral
JUAN DAVID ARISTIZABAL ECHEVERRI
2024060017262 05-2168-02

Firma y cédula del Paciente
JULIAN ALBERTO OSORIO MUÑOZ
1152696157

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

LABORUM IPS



900410026-5

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 3672688-241502

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	12/02/2025 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	LUIS ALFONSO MACIAS YOTAGRI	**Identificación:**	3672688
Fecha Nacimiento:	19/02/1964 **Sexo:** MASCULINO **Edad:** 60	**Teléfono:**	**Móvil:** 3205724201
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**Cargo:**	OFICIAL DE CONSTRUCCION
Dirección:	CRA 43 #64-30 VILLA HERMOSA	**EPS:**	COOSALUD
Empresa:	MARIDO EN CASA S.A.S	**Escolaridad:**	BACHILLERATO
		Sexo:	MASCULINO **Edad:** 60

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA LABORAL	CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES. PRACTICAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS ACORDES CON SU ESTADO FISICO Y CONDICION DE SALUD. REALIZAR ENTRENAMIENTOS CONTINUOS SOBRE LA MECANICA CORPORAL ADECUADA PARA MOVILIZAR CARGAS. REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIODICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL PROGRAMA DE LA EMPRESA. SE RECOMIENDAN HABITOS SALUDABLE COMO DIETA BAJA EN GRASA, Y EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA PARA CONTROL DE PESO. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE LA DOTACION. UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECANICA CORPORAL PARA LA MOVILIZACION DE CARGAS Y PARA REALIZAR LAS DEMAS TAREAS DE SU OCUPACION. VERIFICAR DE MANERA CONTINUA EN EL DESARROLLO DE SU TRABAJO QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES FISICAS DEL TRABAJADOR

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones:

Nota Aclaratoria

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

RECOMENDACIONES DEL CARGO

- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
- Si va a estar expuesto ocupacionalmente a ruido superior a 80 dB se recomienda realizar Audiometría periodica según profesiograma.
- Utilizar la proteccion auditiva delinda por la empresa en ambientes ruidosos tanto laborales como extralaborales.
- Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta producto y nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
- Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- En caso de requerir realizar trabajos o actividades a una altura superior a 1,50 mt, debe recibir capacitación y entrenamiento adecuado para certificar su aptitud médica para este tipo de trabajos de alto riesgo.
- Verificar en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

ENFASIS EN EL EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: El exámen estático y dinámico de la columna vertebral y el exámen osteomuscular a nivel de los diferentes segmentos corporales es normal. No se evidencian atrofias, ni limitaciones de la movilidad, no hay dolor, ni el trabajador refiere sintomatologia sobre manguito rotador, tendinitis del codo, síndrome del túnel del carpo, enfermedad de *Quervain u otras patologías de los miembros inferiores. Se deben implementar todas las medidas de prevención y protección requeridas para prevenir patologías osteomusculares y accidentes de trabajo.*
CONSIDERACIONES JURIDICAS RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.
EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACION ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZON FIRMA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO"

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

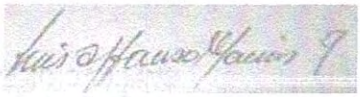
NO

Información de Remisiones

NO



Medico Especialisa en Salud Laboral
JUAN DAVID ARISTIZABAL ECHEVERRI
2024060017262 05-2168-02



Firma y cédula del Paciente
LUIS ALFONSO MACIAS YOTAGRI
3672688

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



LABORUM IPS

900410026-5

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 70928025-241545

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	12/02/2025 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	RUBEN DARIO MACIAS YOTAGRI	**Identificación:**	70928025
Fecha Nacimiento:	9/09/1978 **Sexo:** MASCULINO **Edad:** 46	**Teléfono:**	**Móvil:** 3225702535
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**Cargo:**	OFICIAL DE CONSTRUCCION
Dirección:	CRA 43 #64-30 VILLA HERMOSA	**EPS:**	COOSALUD
Empresa:	MARIDO EN CASA S.A.S	**Escolaridad:**	BACHILLERATO
		Sexo:	MASCULINO **Edad:** 46

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA LABORAL	CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES. MANTENER LAS ACTIVIDADES PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACION. PRACTICAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS ACORDES CON SU ESTADO FISICO Y CONDICION DE SALUD. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE LA DOTACION. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL PROGRAMA DE LA EMPRESA. REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIODICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO. VERIFICAR DE MANERA CONTINUA EN EL DESARROLLO DE SU TRABAJO QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES FISICAS DEL TRABAJADOR. UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECANICA CORPORAL PARA LA MOVILIZACION DE CARGAS Y PARA REALIZAR LAS DEMAS TAREAS DE SU OCUPACION. REALIZAR ENTRENAMIENTOS CONTINUOS SOBRE LA MECANICA CORPORAL ADECUADA PARA MOVILIZAR CARGAS

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones:

Nota Aclaratoria

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

RECOMENDACIONES DEL CARGO

- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
- Si va a estar expuesto ocupacionalmente a ruido superior a 80 dB se recomienda realizar Audiometría periodica según profesiograma.
- Utilizar la proteccion auditiva definida por la empresa en ambientes ruidosos tanto laborales como extralaborales.
- Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta producto y nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
- Utilizar una adecuada higiene postural y mecanica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- En caso de requerir realizar trabajos o actividades a una altura superior a 1,50 mt, debe recibir capacitación y entrenamiento adecuado para certificar su aptitud médica para este tipo de trabajos de alto riesgo.
- Verificar en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

ENFASIS EN EL EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: El exámen estático y dinámico de la columna vertebral y el exámen osteomuscular a nivel de los diferentes segmentos corporales es normal. No se evidencian atrofias, ni limitaciones de la movilidad, no hay dolor, ni el trabajador refiere sintomatologia sobre manguito rotador, tendinitis del codo, sindrome del túnel del carpo, enfermedad de *Quervain u otras patologías de los miembros inferiores. Se deben implementar todas las medidas de prevención y protección requeridas para prevenir patologías osteomusculares y accidentes de trabajo.*
CONSIDERACIONES JURIDICAS RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.
EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACION ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZON FIRMA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO"

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

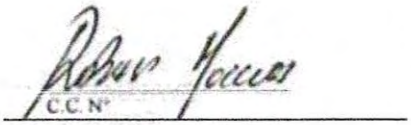
Información de Remisiones

NO



Medico Especialisa en Salud Laboral
JUAN DAVID ARISTIZABAL ECHEVERRI
2024060017262 05-2168-02





Firma y cedula del Paciente
RUBEN DARIO MACIAS YOTAGRI
70928025

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO



H.C.: 75075841-408259

Fecha y Lugar: 22/02/2025 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	DARIO EUGENIO GOMEZ BEDOYA		**Identificación:**	75075841	**Rh:** RH O-
Género:	MASCULINO	**Edad:** 50	**Teléfono:**	3136470242	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	27/11/1974 BOGOTA, D.C.		**Cargo:**	AYUDANTE	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	BELEN MEDELLIN		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
ARL:	SURA		**AFP:**	PORVENIR S.A.	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

ES MUY IMPORTANTE EL USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN ESPACIOS DE RUIDO Y EVITAR EN TODO MOMENTO EL USO DE AUDIFONOS. TENGA PRESENTE EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN LAS ACTIVIDADES Y ESPACIOS EN LOS QUE ESTÉ INDICADO O CUANDO SE CONSIDERE NECESARIO.
PROCURE MANTENER UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA (BAJA EN GRASAS SATURADAS Y CARBOHIDRATOS REFINADOS).
RECUERDE QUE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD RECOMIENDA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA AL MENOS 150 MINUTOS A LA SEMANA. REALICE LA ACTIVIDAD QUE CONTRIBUYA MÁS A SU FELICIDAD, YA QUE EL EJERCICIO NO SOLO SIRVE PARA TENER MÚSCULOS, ARTICULACIONES Y CORAZÓN SANOS, SINO QUE TAMBIÉN TIENE UN IMPORTANTE EFECTO EN LA SALUD MENTAL.

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

AUDITIVO	SE BENEFICIA DE SEGUIMIENTO AUDITIVO-

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO

Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.

La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.

Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.

Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe a(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Dr. Juan Esteban Franco Mejía
Médico esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
CC: 71753069 Registro: 5041900
Licencia: 2021060080949

Médico Especialisa en Salud Laboral
JUAN ESTEBAN FRANCO MEJIA
2021060080949

Firma y cédula del Paciente
DARIO EUGENIO GOMEZ BEDOYA
75075841

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1007705856-408463

Fecha y Lugar: 25/02/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: DUVERNEY MURILLO PALACIOS
Género: MASCULINO **Edad:** 26
Fecha y Lugar de Nacimiento: 9/04/1998 PUERTO ASIS
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: ENCISO EL PINAR MEDELLIN
ARL: SURA

Identificación: 1007705856
Teléfono: 313274060
Cargo: OFICIAL
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: EPS SURA
AFP: PORVENIR S.A.

Rh: RH B+
Móvil:

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

PRESENTA ANTECEDENTE DE LESION OSTEOMUSCULAR QUE NO LE GENERA RESTRICCIONES LABORALES, AL MOMENTO DEL EXAMEN FISICO NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCION EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

OSTEOMUSCULAR -

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Médico Especialisa en Salud Laboral
MARIA JOHANNA ACOSTA SALGADO
2021 233048

Firma y cédula del Paciente
DUVERNEY MURILLO PALACIOS
1007705856

Omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.



Nombre de la Empresa		Empresa en Misión	
SAITEMP SA		AMARMAQ SAS	
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**
811025401	cll 51 49 11 edificio fabricato of 1004	5125744	Medellin

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
GALVIS TORRES DIEGO ALEJANDRO	CC 1042762526	38 Años	M

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
CARACOLI	Envigado	SOLTERO

Teléfono Fijo	Dirección	Celular
3116708188	BARRIO SANTA LUCIA	3116708188

Correo Electrónico	Grado de Escolaridad	Hemoclasificación
NOTIENE@GMAIL.COM	BACHILLER	A -

IMC	Hijos	EPS
22.84	0	SURA EPS

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
NO APLICA	NO APLICADA	1° NO APLICA 2° NO APLICA	NO APLICA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
OPERARIO MINICARGADOR	2025-01-28	06:22:46	07:56:02	09:24:51

Lugar de realización examen	MEDELLIN CENTRO ,ILININ

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado
PREINGRESO

CONCEPTO	TIPO DE RESTRICCIONES
CUMPLE PARA EL CARGO/ SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	NO APLICA
MOTIVO	**CERTIFICADOS ADICIONALES**
NO APLICA	NINGUNO
AREA DE LAS RESTRICCIONES	**INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO**
NINGUNA	NINGUNA
APTITUD DE TAREAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO: SE REALIZA
LABORATORIO CLINICO: (PRUEBA MULTIDROGAS DOS SUSTANCIAS) SE REALIZA
VISIOMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA: SE REALIZA
EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL: SE REALIZA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA
ENFASIS AREA DE CONDUCTORES. SE REALIZA

ANEXOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL)
Su capacidad auditiva es adecuada
VALORACION COMPLEMENTARIA (PRUEBA PSICOSENSOMETRICA)
De acuerdo con los resultados de la prueba, todas las reacciones fueron acordes con los estímulos y se ejecutaron dentro del tiempo estipulado, Cumpliendo con los criterios de capacidad mental y motriz
VALORACION COMPLEMENTARIA (PRUEBA PSICOSENSOMETRICA)
De acuerdo con los resultados de la prueba, todas las reacciones fueron acordes con los estímulos y se ejecutaron dentro del tiempo estipulado por la prueba. Cumpliendo con los criterios de capacidad mental y motriz
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL)
Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria
MEDICAS PERSONALES
Según revisión de antecedentes personales quirúrgicos, no se encontraron hallazgos que generen limitación.
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se indica hábitos de vida saludables (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividad física y controles preventivos en su EPS.
OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , si va manejar cargas cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor.
OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS AREA DE CONDUCTORES)
Respetar las normas de seguridad en todas sus actividades y tareas. Verifique el estado del vehículo antes de comenzar la labor. Maneje con sentido vial y recuerde que la conducción vehicular es una actividad de alto riesgo, utilice permanentemente el cinturón de seguridad mientras conduce. Respete siempre los límites de velocidad establecidos. Mantenga una actitud amigable y solidaria con los demás conductores y peatones en la vía. Reduzca la velocidad en función de las condiciones climáticas, respete las señales y las normas de tránsito y de seguridad vial. No conduzca si está fatigado (descanse con regularidad). No conduzca bajo los efectos del alcohol o drogas. Reglas de oro de levantamiento de cargas: pies separados, doble las rodillas, agarre firme la carga y péguela al cuerpo, mantenga la espalda recta, levántese suavemente sin realizar giros del tronco. El empleador debe diseñar e implementar el sistema de vigilancia epidemiológica para la seguridad vial (asesórese de su arl). El empleador debe capacitar permanentemente a sus conductores sobre las normas de seguridad para conductores. Sensibilice a todo este personal en autocuidado, autoestima y prevención de riesgo público. Realice mantenimiento preventivo y correctivo precoz de todo el parque automotor. Realizar marcha segura para desplazamientos por escaleras, pisos irregulares y vías públicas. Hábitos y estilos de vida saludable. Presente conforme a las políticas de su empleador el protocolo de alistamiento diario y Registro de mantenimiento preventivo. Ubíquese en un lugar seguro si requiere manipular elementos bidireccionales. la valoración y conducta entregada se da por cumplimiento a la Resolución 0012336 de 2012 Anexo 1 entregado;
OTRAS OBSERVACIONES
Ninguna
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
ENFASIS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: Este examen Médico ocupacional está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares extremidades y columna, durante su evaluación el trabajador informa la existencia de material de osteosíntesis, generalmente la presencia de este material en el momento de la valoración NO genera riesgos adicionales, pero si el trabajo a realizar implica la exposición a vibraciones segmentarias, movimiento repetitivos intensos y prolongados o movilización de cargas, POSIBLEMENTE pueda generar a futuro posibles SINTOMAS que puedan afectar sus funciones laborales. Se le informa seguir indicaciones entregadas por el especialista en su EPS.
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS AREA DE CONDUCTORES)
Este examen Médico está enfocado en una revisión, buscando patologías activas y durante su evaluación NO se evidenció patología o sintomatología de enfermedades que pudieran generar limitaciones o riesgo para desempeñar su actividad (tarea) de conductor. Los resultados de los exámenes complementarios se encuentran en los parámetros normales.
OBSERVACIÓN AREA DE VACUNACION
Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento no cuenta con vacunación para prevención de infección por sars cov-2, se recomienda iniciar y completar el esquema de vacunación contra el covid-19. se indica cumplir con las medidas generales de bioseguridad

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	ENFASIS EN AREA DE CONDUCTOR, ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	NINGUNA	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	NINGUNO	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10), y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolucion 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, *las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles* alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

J. Morales M.

Diego A Galvis
1042762526

Firma:
Nombre: MORALES MONSALVE JOSE SANDRO
R.M. / TP: 2017060040840 L.S.O. S2017060040840/2027

Firma:
Nombre: DIEGO ALEJANDRO GALVIS TORRES
Documento: 1042762526

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



IPS NORMEDIC

IPS NORMEDIC SAS
NIT: 901612535-3

CONDUCTOR DE VEHÍCULOS
Certificado de aptitud: 70876427-3640

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	30 ene. 2025 - BELLO	**Tipo de Examen:**	INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	GUILLERMO LEON ARBOLEDA MEDINA	**Identificación:**	70876427
Género	MASCULINO **Edad:** 62	**Teléfono**	**Móvil:** 3117621977
Fecha Nacimiento:	27/9/1962	**Cargo:**	CONDUCTOR
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SURAMERICANA
Dirección	LA ESTRELLA	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	NO REPORTA
Empresa	CONSORCIO VIAL VG-VNF	**AREA: No Reporta**	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	CONSORCIO VIAL VG-VNF		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (CONDUCTOR)	Ubicado de forma correcta en tiempo, espacio y realidad: se visualiza con recuerdos claros y estables sobre su vida personal y laboral, resalta una comunicacion fluida y coherente . no se visualizan rasgos de alguna patologia mental existente . ni manifestaciones fisicas evidenmtes de alguna alteracion neuronal o cognitiva. sus movimientos son normales y coordinados . LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR EL CANDIDATO EN LAS PRUEBAS PSICOSENSOMETRICAS SON FAVORABLES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
AUDIOMETRIA	PT EVIDENCIA AUDICIÓN NORMAL EN OD Y DISMIBUCIÓN AUDITIVA LEVE EN OI, CON DESCNSO DE LEVE A SEVERO EN GRAVES Y AGUDOS, AL MOMENTO DEL EXAMEN. SE RECOMIENA REALIZAR AUDIOMETRIA CLÍNICA Y VALORACIÓN POR ORL. USO OBLIGATORIO DE DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA. EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO IGUAL O SUPERIOR A LOS 85 DECIBELES, NO SUPERANDO LAS 8 HORAS DIARIAS. INGRESAR AL SVE PERTINENTE DE LA EMPRESA. 1. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
OPTOMETRIA	ALTERACION EN VP SIN ALTERACION
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.. ASISTIR A LAS CAPACITACIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROGRAMADAS POR LA EMPRESA. CARGA Y DESPLAZAMIENTO DE PESO PARA HOMBRES DE 25 KG PARA LEVANTAR Y HASTA 50 KG PARA CARGA Y DESPLAZAMIENTO , DEBE TENER INDUCCION SOBRE MANEJO DE CARGA Y POSICIONES PREVIA REALIZACION DE TAREAS ASIGNADAS. REALICE EJERCICIO MINIMO 3 VECES A LA SEMANA. REPORTAR INCIDENTES O ACCIDENTES DE TRABAJO QUE OCURRAN DEL DESEMPEÑO DE SU LABOR
COLESTEROL TOTAL	PROCESADO
GLICEMIA	PROCESADO
TRIGLICERIDOS	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON PARÁMETROS DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ, PARA SEGURIDAD VIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 0217/2014 DE MIN TRANSPORTE.
PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO ACTUALMENTE SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES

Observaciones:

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: 1. CUMPLE CON PARÁMETROS DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ, PARA SEGURIDAD VIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 0217/2014 DE MIN TRANSPORTE.
2. EL PROGRAMA DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN DE LA EMPRESA DEBE INCLUIR CONOCIMIENTO POR LOS TRABAJADORES DE LAS MEDIDAS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD CONVIVIENDO CON LOS FACTORES DE RIESGO, QUE REVERTIRÁ EN DESEMPEÑO SEGURO DE LA OCUPACIÓN.
3. REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES
4. EL TRABAJADOR SIEMPRE UTILIZARÁ LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PERTINENTES PARA REALIZAR EL OFICIO, LOS CUALES DEBEN SER APORTADOS POR EL EMPLEADOR.
5. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, CONDUCTAS ANTISEDENTARIAS, NUTRICIÓN BALANCEADA Y PESO CORPORALADECUADO.
6. CUMPLIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD OCUPACIONAL POR PARTE DEL EMPLEADOR Y DEL EMPLEADO.
7. SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD VIAL
6. VERIFIQUE CONDICIONES DEL VEHICULO PREVIAMENTE AL USO, RESPETE LA NORMAS DE TRANSITO, RECUERDE MANTENER LA DISTANCIA DE SEGURIDAD, USE SIEMPRE EL CINTURON DE SEGURIDAD, RESPETE LOS LIMITES DE VELOCIDAD, EVITE INGERIR ALIMENTOS, NO FUMAR CONDUCIENDO, IDENTIFIQUE CUALQUIER PELIGRO FÍSICO, NO REALICE DESPLAZAMIENTOS DEL VEHICULO CON PUERTAS O COMPUERTAS ABIERTA, NI CON PERSONAL AGARRADO EN ALGUN EXTREMO
7. INFORME OPORTUNAMENTE CAMBIOS EN SUS CONDICIONES DE SALUD A SUS SUPERVISORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍCAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS.
8. NO CONDUZCA SI HA INGERIDO ALGUN TIPO DE LICOR.
9. SEGUIR ESTRICTAMENTE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DEL SG-SST DE LA EMPRESA.
EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZÓN FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DILIGENCIA ENCUESTA DE ESTADO DE SALUD**

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

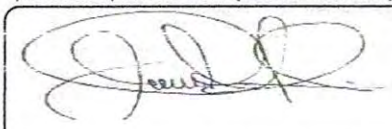
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

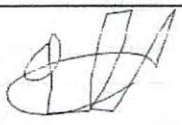
Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2007, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto medico de aptitud laboral. '



Médico Especialista en Salud Laboral
JUAN C ARLOS MOSQUERA IBARGUEN
1020394047 20210600007758



Firma y cédula del Paciente
GUILLERMO LEON ARBOLEDA MEDINA
70876427

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión
(Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

IDENTIFICACION

Orden:	341826	**Documento:**	1038646506
Nombre:	JHON ESTIBEN GAITAN MORENO	**Sexo:**	Masculino
Fecha nacimiento:	2004-09-08	**Edad (años):**	20
Fecha Diligenciamiento examen:	2025-02-22 08:03 am	**Fecha impresión:**	2025-02-24 03:19 pm

Tipo examen:	Ingreso		
Empresa:	CONSTRUCTORA EXCAVACIONES PILAS & ESTRUCTURAS S.A.S	**Empresa en misión:**	
Estado civil:	Soltero	**Hijos:**	1
Departamento:	ANTIOQUIA	**Ciudad:**	Medellín
Dirección:	CLL 47 #2BB 163 BUENOS AIRES	**Barrio:**	BUENOS AIRES
Celular:	3011109223	**Teléfono:**	NO TIENE
Escolaridad:	Secundaria Completa	**Profesión:**	NINGUNA
Oficio:	AYUDANTE	**Actividad Económica:**	CONSTRUCCION
Tipo vinculación Entidad Promotora de Salud (EPS):	Cotizante	**Empresa Promotora de Salud (EPS):**	SALUD TOTAL
Administradora de Riesgos Laborales (ARL):	No sabe	**Administradora del Fondo de Pensiones (AFP):**	PORVENIR S.A.
Nombre del acompañante:	NO APLICA	**Teléfono acompañante:**	NO APLICA
Nombre del responsable:	NO APLICA	**Teléfono responsable:**	NO APLICA
Parentesco responsable:	NO APLICA		

Sr(a). Valeria Villa Echeverry
Registro:
Aprendiz Sena
Cédula de Ciudadanía : 1025762670

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto de aptitud	No Presenta Restricción para Desempeñar el Cargo

Conclusiones y Recomendaciones

NO PRESENTA RESTRICCIÓN PARA EL CARGO
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA SEGÚN LABOR.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL,
RECOMENDACIONES PARA PREVENCIÓN FRENTE AL COVID 19 : aplicar las medidas de protección y prevención que haya dado el gobierno sobre bioseguridad frente al COVID 19 -guardar distancia prudencial de por lo menos dos o más metros con otra persona, lavado frecuente de manos con agua y jabón y/o uso de alcohol glicerinado por lo menos cada 3 horas y después de haber estado en contacto con superficies contaminadas.
Consultar programas de Promoción y Prevención en su EPS de acuerdo a la edad y género. (Resolución 412 Ministerio de Protección).

Incluir el sistema de vigilancia Epidemiológica

Visual	No	**Auditivo**	No
Respiratorio:	No	**Ergonómico:**	No
Químico:	No	**Cardiovascular:**	No
Psicosocial:	No	**Requiere estar en Sistema de Vigilancia Epidemiológica:**	No

RECOMENDACIONES

Programa de Protección Osteomuscular
TRABAJO ESTÁTICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
DINÁMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.

Programa de Protección Respiratorio
USE MASCARILLA O RESPIRADOR CON FILTRO EN CASO DE EXPOSICIÓN A QUÍMICOS O MATERIAL PARTICULADO.
PROTECCIÓN DE VÍAS AÉREAS EN PERSONAS ASMÁTICAS EXPUESTAS A POLVO U OTROS ALERGENOS.

Otros
VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.

RESUMEN DE RESULTADOS

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud

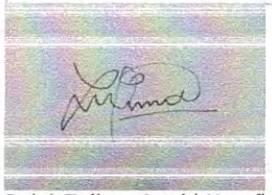
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

Columna y Osteomuscular	Realizado
Examen Físico	Realizado
Órganos y Sentidos	Realizado
Laboratorio : Vacuna Tetano	Realizado



Dr(a) Zulima Astrid Noreña Mosquera
Registro: 66-1371-95
Licencia Salud Ocupacional: 13702 13-02-2024
Medica Especialista en SST
Cédula de Ciudadanía : 39184406

JHON ESTIBEN GAITAN MORENO
Cédula de Ciudadanía : 1038646506

Señor usuario al usted firmar; esta autorizando a Labor y Salud la realización del examen médico, las ayudas diagnósticas con fines laborales y el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la normatividad vigente.

Versión: 3.5

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISIÓN
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATA

NO. CERTIFICADO	1.787.402				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	14/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 71.791.690	**EDAD**	46	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	GARCES VARGAS JORGE IVAN				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	OFICIAL		

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VACUNA TOXOIDE TETANICO - VISIOMETRÍA

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

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - CONTINUAR CAPACITACIONES - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LIMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS - SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN - USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - PROXIMA CITA CON MEDICINA TRAER COPIA H.C ESPECIALISTA, EXAMENES REALIZADOS, DIRECTRICES EMITIDAS - PREVENIR EL USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA O DISPOSITIVOS AUDITIVOS DE INSERCIÓN - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN AUDITIVA - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA - REMISION A ESPECIALISTA EPS, LLEVAR RESULTADO DE AUDIOMETRIA DE 14/02/2025 - NO EXPONERSE A RUIDO >85 DB POR MAS DE 8 HORAS DIA, Y HACER USO ADECUADO DE EPA. - SE HACE ENFASIS EN USO ADECUADO DE ELEMENTO DE PROTECCION AUDITIVA - SE INDICA VALORACIÓN MEDICA

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL EN UN AÑO - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA)

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRIA - CORRECCIÓN OPTICA SOLO PARA VISION CERCANA

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISIÓN
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATA

NO. CERTIFICADO	1.787.402				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	14/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 71.791.690	**EDAD**	46	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	GARCES VARGAS JORGE IVAN				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	OFICIAL		

Autorización de datos personales

Yo, GARCES VARGAS JORGE IVAN, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 71.791.690, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de Medilaboral SAS, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a Medilaboral SAS para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

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

La Política de Tratamiento de Datos Personales de Medilaboral SAS está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

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

En constancia, firmo:

CC. 71.791.690

Profesional

GLORIA MARIA VALENCIA PEREIRA LIC. S.O. 362908

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

IDENTIFICACION

Orden:	341865	**Documento:**	1043963858
Nombre:	JOSE ALFONSO GALBAN VELASQUEZ	**Sexo:**	Masculino
Fecha nacimiento:	2004-09-29	**Edad (años):**	20
Fecha Diligenciamiento examen:	2025-02-24 09:24 am	**Fecha impresión:**	2025-02-24 03:16 pm

Tipo examen:	Ingreso		
Empresa:	CONSTRUCTORA EXCAVACIONES PILAS & ESTRUCTURAS S.A.S	**Empresa en misión:**	
Estado civil:	Soltero	**Hijos:**	0
Departamento:	ANTIOQUIA	**Ciudad:**	Medellín
Dirección:	CRA 24B CLL 56C 38 ENCISO	**Barrio:**	ENCISO
Celular:	3127705389	**Teléfono:**	NO TIENE
Escolaridad:	Secundaria Completa	**Profesión:**	NINGUNA
Oficio:	AYUDANTE	**Actividad Económica:**	CONSTRUCCION
Tipo vinculación Entidad Promotora de Salud (EPS):	Cotizante	**Empresa Promotora de Salud (EPS):**	NUEVA EPS
Administradora de Riesgos Laborales (ARL):	No sabe	**Administradora del Fondo de Pensiones (AFP):**	PORVENIR S.A.
Nombre del acompañante:	NO APLICA	**Teléfono acompañante:**	NO APLICA
Nombre del responsable:	NO APLICA	**Teléfono responsable:**	NO APLICA
Parentesco responsable:	NO APLICA		

Sr(a). Valeria Villa Echeverry
Registro:
Aprendiz Sena
Cédula de Ciudadanía : 1025762670

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto de aptitud	No Presenta Restricción para Desempeñar el Cargo

Conclusiones y Recomendaciones

Uso adecuado de los elementos de protección personal y seguimiento adecuado de las normas de higiene postural, pausas activas, seguridad y riesgos relacionados con su cargo. No presenta restricciones para el cargo.
Aplicar las medidas de protección y prevención que haya dado el gobierno sobre bioseguridad frente al COVID 19. Los responsables del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa deben definir los Elementos de Protección Personal indicados para la protección personal de acuerdo con la labor
Consultar programas de Promoción y Prevención en su EPS de acuerdo a la edad y género. (Resolución 412 Ministerio de Protección).

Incluir el sistema de vigilancia Epidemiológica

Visual	No	**Auditivo**	No
Respiratorio:	No	**Ergonómico:**	No
Químico:	No	**Cardiovascular:**	No
Psicosocial:	No	**Requiere estar en Sistema de Vigilancia Epidemiológica:**	No

RECOMENDACIONES

Programa de Protección de Ruido
PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA PARA LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
EVITAR EL USO DE AUDÍFONOS.
EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN TIPO DE OTITIS UTILIZAR PROTECCIÓN EXTERNA TIPO COPA.

Programa de Protección Osteomuscular
TRABAJO ESTÁTICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
DINÁMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.

Programa de Protección Respiratorio
USE MASCARILLA O RESPIRADOR CON FILTRO EN CASO DE EXPOSICIÓN A QUÍMICOS O MATERIAL PARTICULADO.
PROTECCIÓN DE VÍAS AÉREAS EN PERSONAS ASMÁTICAS EXPUESTAS A POLVO U OTROS ALERGENOS.

Otros
VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión
(Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

RESUMEN DE RESULTADOS

Columna y Osteomuscular	Realizado
Examen Físico	Realizado
Órganos y Sentidos	Realizado

Dr(a) Margarita Rocio Ramirez Botero
Registro: 5-0028-97
Licencia Salud Ocupacional: 2021060002958
Médico Especialista Salud Ocupacional
Cédula de Ciudadanía : 43524417

JOSE ALFONSO GALBAN VELASQUEZ
Cédula de Ciudadanía : 1043963858

Señor usuario al usted firmar; esta autorizando a Labor y Salud la realización del examen médico, las ayudas diagnósticas con fines laborales y el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la normatividad vigente.

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISIÓN
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATA

NO. CERTIFICADO	1.796.570				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	25/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.152.694.936	**EDAD**	31	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALVAREZ ALVAREZ JUAN PABLO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA		

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VACUNA TOXOIDE TETANICO - VISIOMETRÍA

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

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS CONTINUAR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO CONTINUAR CAPACITACIONES - CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES - PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID-19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

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

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL EN UN AÑO - CONTROL PERIÓDICO

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

NO USO DE CORRECCION OPTICA

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISIÓN
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATA

NO. CERTIFICADO	1.796.570				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	25/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.152.694.936	**EDAD**	31	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALVAREZ ALVAREZ JUAN PABLO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA		

Autorización de datos personales

Yo, ALVAREZ ALVAREZ JUAN PABLO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.152.694.936, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de Medilaboral SAS, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a Medilaboral SAS para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

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

La Política de Tratamiento de Datos Personales de Medilaboral SAS está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

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

En constancia, firmo:

Juan Pablo A.

CC. 1.152.694.936

Profesional

Walter Alain Sánchez V. Medicina Laboral Especialista en Salud Ocupacional RM 0216

WALTER ALAIN SANCHEZ VALLEJO - LIC. SO 2022060086805

Ingresemos sas

¡Cuidamos la Salud de Tu Recurso Humano!

NIT 901261532-4
Dirección: **Cr 50 A # 58 - 69 Prado Centro**
Teléfonos: **311 777 6767 - 322 307 3618**
Mail: **contacto@ingresemos.com**
facturacioningresemos@gmail.com
www.ingresemos.com
Medellín, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 41.819

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	02 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO OSTEOMUSCULAR**

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

ARGEON S.A.S	**ARGEON S.A.S**
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)

VALDES VALDES JUAN CARLOS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	34 AÑOS 10 MESES 6 DÍAS	CC	1051820857
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO O LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN AUDIOMETRIA TAMIZ	✓	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓
VISIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

INGRESA USUARIO PARA EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA TAMIZ PARA EL CARGO
DE AYUDANTE
SIN COMORBILIDADES DE IMPORTANCIA.
ASINTOMATICO RESPIRATORIO Y GASTROINTESTINAL EN LOS ULTIMOS 8 DIAS.
EXAMEN FISICO SIN HALLAZGOS A DESTACAR. VALORACION OSTEOMUSCULAR NORMAL.
AUDIOMETRIA AUDICION NORMAL BILATERAL
VALORACION VISIOMETRICA: AGUDEZA VISUAL NORMAL BILATERAL.
MOTILIDAD OCULAR: NORMAL
EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR A DESEMPEÑAR.
SE DA RECOMENDACIONES EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE.
EL PRESENTE CONCEPTO DE APTITUD SE EMITE CON BASE EN LOS HALLAZGO ENCONTRADOS EN LA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA EL DÍA DE HOY Y CON BASE EN LA INFORMACIÓN APORTADA POR EL TRABAJADOR Y/O POR LA EMPRESA CONTRATANTE

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		Aspirante o Trabajador
Firma:		Firma:
Nombre: MARIN TOBON GERARDO ANDRES		Nombre: VALDES VALDES JUAN CARLOS
R. M.: 5224306 L.S.O.: 2020060125953	Código de Seguridad E882K1Q41819	CC: 1051820857

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión
(Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

IDENTIFICACION

Orden:	341911	**Documento:**	1045492295
Nombre:	KEINER DAVID RODRIGUEZ REYES	**Sexo:**	Masculino
Fecha nacimiento:	2005-03-21	**Edad (años):**	19
Fecha Diligenciamiento examen:	2025-02-25 08:36 am	**Fecha impresión:**	2025-02-25 11:42 am

Tipo examen:	Ingreso		
Empresa:	CONSTRUCTORA EXCAVACIONES PILAS & ESTRUCTURAS S.A.S	**Empresa en misión:**	
Estado civil:	Unión Libre	**Hijos:**	0
Departamento:	ANTIOQUIA	**Ciudad:**	Medellín
Dirección:	CAICEDO VILLATINA NO REFIERE DIRECCION	**Barrio:**	CAICEDO VILLATINA
Celular:	3045545781	**Teléfono:**	NO TIENE
Escolaridad:	Primaria Incompleta	**Profesión:**	NINGUNA
Oficio:	AYUDANTE	**Actividad Económica:**	CONSTRUCCION
Tipo vinculación Entidad Promotora de Salud (EPS):	Cotizante	**Empresa Promotora de Salud (EPS):**	NUEVA EPS
Administradora de Riesgos Laborales (ARL):	No sabe	**Administradora del Fondo de Pensiones (AFP):**	PORVENIR S.A.
Nombre del acompañante:	NO APLICA	**Teléfono acompañante:**	NO APLICA
Nombre del responsable:	NO APLICA	**Teléfono responsable:**	NO APLICA
Parentesco responsable:	NO APLICA		

Sr(a). Angie Vanesa Vivares M uriel
Registro:
Recepcion
Cédula de Ciudadanía : 1000569990

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto de aptitud	No Presenta Restricción para Desempeñar el Cargo

Conclusiones y Recomendaciones

- SI VA A LABORAR EN ALTURAS, PILAS O ESPACIOS CONFINADOS, DEBE REALIZARSE LOS EXÁMENES CORRESPONDIENTES Y EL RESPECTIVO CURSO
- SI LABORA EXPUESTO A RUIDO, SE RECOMIENDA AUDIOMETRÍA
- USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA
- IMPLEMENTAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
- RECOMENDACIONES PARA PREVENIR CONTAGIO POR SARS COV2:

Capacitar a los trabajadores en aspectos relacionados con la forma de transmisión del COVID- 19 y las maneras de prevenirlo, siguiendo los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
Hay que asegurar que se cumplan las disposiciones y recomendaciones de las autoridades de salud con relación a la prevención del contagio por SARS Cov2.

Consultar programas de Promoción y Prevención en su EPS de acuerdo a la edad y género. (Resolución 412 Ministerio de Protección).

Incluir el sistema de vigilancia Epidemiológica

Visual	No	**Auditivo**	No
Respiratorio:	No	**Ergonómico:**	No
Químico:	No	**Cardiovascular:**	No
Psicosocial:	No	**Requiere estar en Sistema de Vigilancia Epidemiológica:**	No

RECOMENDACIONES

Programa de Protección de Ruido
PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA PARA LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
EVITAR EL USO DE AUDÍFONOS.
EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN TIPO DE OTITIS UTILIZAR PROTECCIÓN EXTERNA TIPO COPA.

Programa de Protección Osteomuscular
TRABAJO ESTÁTICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
DINÁMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.

Programa de Protección Respiratorio

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud

"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teletono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

USE MASCARILLA O RESPIRADOR CON FILTRO EN CASO DE EXPOSICIÓN A QUÍMICOS O MATERIAL PARTICULADO.
PROTECCIÓN DE VÍAS AÉREAS EN PERSONAS ASMÁTICAS EXPUESTAS A POLVO U OTROS ALERGENOS.

Otros
VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.

RESUMEN DE RESULTADOS

Columna y Osteomuscular	Realizado
Examen Físico	Realizado
Órganos y Sentidos	Realizado
Laboratorio : Vacuna Tetano	Realizado



Dr(a) Juan Carlos Lambraño Vergara
Registro: 5-1006
Licencia Salud Ocupacional: 2024060018849
Medico Especialista SST
Cédula de Ciudadanía : 71688564

KEINER DAVID RODRIGUEZ REYES
Cédula de Ciudadanía : 1045492295

Señor usuario al usted firmar; esta autorizando a Labor y Salud la realización del examen médico, las ayudas diagnósticas con fines laborales y el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la normatividad vigente.

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISIÓN
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATA

NO. CERTIFICADO	1.796.571				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	25/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 70.166.986	**EDAD**	44	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	CIRO NARANJO LUIS ALBERTO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA		

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VISIOMETRÍA

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

OBSERVACIONES

CONSULTAR CON OTORRINOLARINGOLOGIA EN SU ENTIDAD DE SALUD

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - CONTINUAR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - CONTINUAR CAPACITACIONES - CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN AUDITIVA - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL - PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID-19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL EN UN AÑO - CONTROL PERIÓDICO - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA)

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRIA

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

EMPRESA	EMPRESA EN MISIÓN
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS



ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATA

NO. CERTIFICADO	1.796.571				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	25/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 70.166.986	**EDAD**	44	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	CIRO NARANJO LUIS ALBERTO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA		

Autorización de datos personales

Yo, CIRO NARANJO LUIS ALBERTO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 70.166.986, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de Medilaboral SAS, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a Medilaboral SAS para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

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

La Política de Tratamiento de Datos Personales de Medilaboral SAS está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

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

Profesional

CC. 70.166.986

WALTER ALAIN SANCHEZ VALLEJO - LIC. SO 2022060086805

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

IDENTIFICACION

Orden:	341764	**Documento:**	1020464269
Nombre:	ROBINSON ALEJANDRO BUSTAMANTE BALLESTEROS	**Sexo:**	Masculino
Fecha nacimiento:	1994-11-09	**Edad (años):**	30
Fecha Diligenciamiento examen:	2025-02-21 08:32 am	**Fecha impresión:**	2025-02-24 03:22 pm

Tipo examen:	Ingreso		
Empresa:	CONSTRUCTORA EXCAVACIONES PILAS & ESTRUCTURAS S.A.S	**Empresa en misión:**	
Estado civil:	Unión Libre	**Hijos:**	1
Departamento:	ANTIOQUIA	**Ciudad:**	Medellín
Dirección:	CRA 79A #107A 31 SANRANDER	**Barrio:**	SANTANDER
Celular:	3003268385	**Teléfono:**	NO TIENE
Escolaridad:	Secundaria Incompleta	**Profesión:**	NINGUNA
Oficio:	OFICIAL	**Actividad Económica:**	CONSTRUCCION
Tipo vinculación Entidad Promotora de Salud (EPS):	Cotizante	**Empresa Promotora de Salud (EPS):**	SALUD TOTAL
Administradora de Riesgos Laborales (ARL):	No sabe	**Administradora del Fondo de Pensiones (AFP):**	PORVENIR S.A.
Nombre del acompañante:	NO APLICA	**Teléfono acompañante:**	NO APLICA
Nombre del responsable:	NO APLICA	**Teléfono responsable:**	NO APLICA
Parentesco responsable:	NO APLICA		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

Sr(a). Valeria Villa Echeverry
Registro:
Aprendiz Sena
Cédula de Ciudadanía : 1025762670

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto de aptitud	No Presenta Restricción para Desempeñar el Cargo

Conclusiones y Recomendaciones

NO PRESENTA RESTRICCIÓN PARA EL CARGO , PARA LABORAR A NIVEL DEL PISO, A NIVEL DEL SUELO Y ALTURAS QUE NO SUPEREN 2 METROS, NO PRESENTA COMORBILIDADES DE RIESGO PARA EL COVID 19, UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA SEGÚN LABOR, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL, RECOMENDACIONES PARA PREVENCIÓN FRENTE AL COVID 19: Aplicar las medidas de protección y prevención que haya dado el gobierno sobre bioseguridad frente al COVID 19- siguiendo los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Los responsables del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa deben definir los Elementos de Protección Personal indicados para la protección personal de acuerdo con la labor.

Consultar programas de Promoción y Prevención en su EPS de acuerdo a la edad y género. (Resolución 412 Ministerio de Protección).

Incluir el sistema de vigilancia Epidemiológica

Visual	No	**Auditivo**	No
Respiratorio:	No	**Ergonómico:**	No
Químico:	No	**Cardiovascular:**	No
Psicosocial:	No	**Requiere estar en Sistema de Vigilancia Epidemiológica:**	No

RECOMENDACIONES

Programa de Protección Cardiovascular y Metabólica

CONSULTAR NUTRICIONISTA.
ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA MÍNIMO 1/2 HORA.
INGRESAR AL PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LA EMPRESA.

Programa de Protección de Ruido

PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA PARA LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
EVITAR EL USO DE AUDÍFONOS.
EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN TIPO DE OTITIS UTILIZAR PROTECCIÓN EXTERNA TIPO COPA.

Programa de Protección Osteomuscular

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

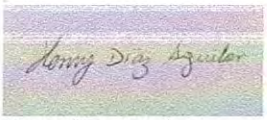
TRABAJO ESTÁTICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
DINÁMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL
MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.

Programa de Protección Respiratorio
USE MASCARILLA O RESPIRADOR CON FILTRO EN CASO DE EXPOSICIÓN A QUÍMICOS O MATERIAL PARTICULADO.
PROTECCIÓN DE VÍAS AÉREAS EN PERSONAS ASMÁTICAS EXPUESTAS A POLVO U OTROS ALERGENOS.

Otros
VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.

RESUMEN DE RESULTADOS

Columna y Osteomuscular	Realizado
Examen Físico	Realizado
Órganos y Sentidos	Realizado
Laboratorio : Vacuna Tetano	Realizado



Henry Diaz Aguilar
Registro: 5-2092-03
Licencia Salud Ocupacional: 2023060085410
Médico especialista en Salud Ocupacional
Cédula de Ciudadanía : 73166985

ROBINSON ALEJANDRO BUSTAMANTE BALLESTEROS
Cédula de Ciudadanía : 1020464269

Señor usuario al usted firmar; esta autorizando a Labor y Salud la realización del examen médico, las ayudas diagnósticas con fines laborales y el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la normatividad vigente.

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISIÓN
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATA

NO. CERTIFICADO	1.787.414				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	14/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.037.598.908	**EDAD**	36	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	MEJIA USUGA URIEL DE JESUS				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	OFICIAL		

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VACUNA TOXOIDE TETANICO - VISIOMETRÍA

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

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS CONTINUAR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO CONTINUAR CAPACITACIONES - CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES - PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID-19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

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

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA)

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

NO USO DE CORRECCION OPTICA

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISIÓN
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATA

NO. CERTIFICADO	1.787.414				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	14/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.037.598.908	**EDAD**	36	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	MEJIA USUGA URIEL DE JESUS				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	OFICIAL		

Autorización de datos personales

Yo, MEJIA USUGA URIEL DE JESUS, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.037.598.908, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de Medilaboral SAS, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a Medilaboral SAS para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

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

La Política de Tratamiento de Datos Personales de Medilaboral SAS está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

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

En constancia, firmo:

Uriel

CC. 1.037.598.908

Profesional

Walter Alain Sánchez V. Medicina del Trabajo Especialista en Salud Ocupacional

WALTER ALAIN SANCHEZ VALLEJO - LIC. SO 2022060086805

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión
(Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

IDENTIFICACION

Orden:	341785	**Documento:**	1045528480
Nombre:	WILFREDY HERNANDEZ RIVAS	**Sexo:**	Masculino
Fecha nacimiento:	1999-08-21	**Edad (años):**	25
Fecha Diligenciamiento examen:	2025-02-21 12:53 pm	**Fecha impresión:**	2025-02-24 03:21 pm

Tipo examen:	Ingreso		
Empresa:	CONSTRUCTORA EXCAVACIONES PILAS & ESTRUCTURAS S.A.S	**Empresa en misión:**	
Estado civil:	Casado	**Hijos:**	1
Departamento:	ANTIOQUIA	**Ciudad:**	Medellín
Dirección:	CAICEDO NO REFIERE DIRECCION	**Barrio:**	CAICEDO
Celular:	3147827301	**Teléfono:**	NO TIENE
Escolaridad:	Secundaria Completa	**Profesión:**	NINGUNA
Oficio:	AYUDANTE	**Actividad Económica:**	CONSTRUCCION
Tipo vinculación Entidad Promotora de Salud (EPS):	Cotizante	**Empresa Promotora de Salud (EPS):**	SURA EPS
Administradora de Riesgos Laborales (ARL):	No sabe	**Administradora del Fondo de Pensiones (AFP):**	NINGUNA
Nombre del acompañante:	NO APLICA	**Teléfono acompañante:**	NO APLICA
Nombre del responsable:	NO APLICA	**Teléfono responsable:**	NO APLICA
Parentesco responsable:	NO APLICA		

Sr(a). Angie Vanesa Vivares Muriel
Registro:
Recepcion
Cédula de Ciudadanía : 1000569990

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto de aptitud	No Presenta Restricción para Desempeñar el Cargo

Conclusiones y Recomendaciones

NO PRESENTA RESTRICCIÓN PARA EL CARGO
NO PRESENTA COMORBILIDADES DE RIESGO PARA EL COVID 19.
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA SEGÚN LABOR,
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL,
No presenta sintomatología para el SARS Cov2.
IMPLEMENTAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
RECOMENDACIONES PARA PREVENIR CONTAGIO POR SARS COV2:
Capacitar a los trabajadores en aspectos relacionados con la forma de transmisión del COVID- 19 y las maneras de prevenirlo, siguiendo los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
Hay que asegurar que se cumplan las disposiciones y recomendaciones de las autoridades de salud con relación a la prevención del contagio por SARS Cov2.

Consultar programas de Promoción y Prevención en su EPS de acuerdo a la edad y género. (Resolución 412 Ministerio de Protección).

Incluir el sistema de vigilancia Epidemiológica

Visual	No	**Auditivo**	No
Respiratorio:	No	**Ergonómico:**	No
Químico:	No	**Cardiovascular:**	No
Psicosocial:	No	**Requiere estar en Sistema de Vigilancia Epidemiológica:**	No

RECOMENDACIONES

Programa de Protección Cardiovascular y Metabólica
CONSULTAR NUTRICIONISTA.
ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA MÍNIMO 1/2 HORA.
INGRESAR AL PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LA EMPRESA.

Programa de Protección Osteomuscular
TRABAJO ESTÁTICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
DINÁMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

Otros
VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.

RESUMEN DE RESULTADOS

Columna y Osteomuscular	Realizado
Examen Físico	Realizado
Órganos y Sentidos	Realizado
Laboratorio : Vacuna Tetano	Realizado

Dr(a) ELADIO JAIME GARCIA VERGARA
Registro: 5-0032-96
Licencia Salud Ocupacional: 2023060004977
Medico especialista en SST
Cédula de Ciudadanía : 71667243

WILFREDY HERNANDEZ RIVAS
Cédula de Ciudadanía : 1045528480

Señor usuario al usted firmar; esta autorizando a Labor y Salud la realización del examen médico, las ayudas diagnósticas con fines laborales y el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la normatividad vigente.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



IPS NORMEDIC

IPS NORMEDIC SAS
NIT: 901612535-3

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1036627560-3848

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	05 feb. 2025 BELLO	**Tipo de Examen:**	INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	JOHN WILLIAM ESTRADA RESTREPO	**Identificación:**	1036627560
Género	MASCULINO **Edad:** 35	**Teléfono**	**Móvil:** 3007778882
Fecha Nacimiento:	17/1/1990	**Cargo:**	CONDUCTOR
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SURAMERICANA.
Dirección	ITAGUI	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	CONSORCIO VIAL VG-VNF	**AREA: No Reporta**	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	CONSORCIO VIAL VG-VNF		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (CONDUCTOR)	Ubicado de forma correcta en tiempo, espacio y realidad: se visualiza con recuerdos claros y estables sobre su vida personal y laboral, resalta una comunicacion fluida y coherente , no se visualizan rasgos de alguna patologia mental existente , ni manifestaciones fisicas evidenmtes de alguna alteracion neuronal o cognitiva.sus movimientos son normales y coordinados . LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR EL CANDIDATO EN LAS PRUEBAS PSICOSENSOMETRICAS SON FAVORABLES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.
AUDIOMETRIA	PTA EVIDENCIA AUDICIÓN NORMAL EN OI Y DISMINUCIÓN AUDITIVA LEVE EN OD, CON DESCENSO DE LEVE A SEVERO EN GRAVES Y AGUDOS, AL MOMENTO DEL EXAMEN. SE RECOMIENA REALIZAR AUDIOMETRIA CLÍNICA Y VALORACIÓN POR ORL. USO OBLIGATORIO DE DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA. EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO IGUAL O SUPERIOR A LOS 85 DECIBELES, NO SUPERANDO LAS 8 HORAS DIARIAS. INGRESAR AL SVE PERTINENTE DE LA EMPRESA. 1. CONTROL ANUAL, 2. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
OPTOMETRIA	SIN ALTERACIONES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.. ASISTIR A LAS CAPACITACIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROGRAMADAS POR LA EMPRESA. CARGA Y DESPLAZAMIENTO DE PESO PARA HOMBRES DE 25 KG PARA LEVANTAR Y HASTA 50 KG PARA CARGA Y DESPLAZAMIENTO , DEBE TENER INDUCCION SOBRE MANEJO DE CARGA Y POSICIONES PREVIA REALIZACION DE TAREAS ASIGNADAS. REPORTAR INCIDENTES O ACCIDENTES DE TRABAJO QUE OCURRAN DEL DESEMPEÑO DE SU LABOR, ALTERACION AUDITIVA QUE REQUIERE VALORACION Y MANEJO EN EPS , USO DE PROTECCION AUDITIVA EN JORNADA LABORAL, PARA EXPOSICION A RUIDO SUPERIOR A 85 DB USAR DOBLE PROTECCION AUDITIVA.
COLESTEROL TOTAL	PROCESADO
GLICEMIA	PROCESADO
TRIGLICERIDOS	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON PARÁMETROS DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ, PARA SEGURIDAD VIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 0217/2014 DE MIN TRANSPORTE.
PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO ACTUALMENTE SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES

Observaciones:

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: 1. CUMPLE CON PARÁMETROS DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ, PARA SEGURIDAD VIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 0217/2014 DE MIN TRANSPORTE.
2. EL PROGRAMA DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN DE LA EMPRESA DEBE INCLUIR CONOCIMIENTO POR LOS TRABAJADORES DE LAS MEDIDAS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD CONVIVIENDO CON LOS FACTORES DE RIESGO, QUE REVERTIRÁ EN DESEMPEÑO SEGURO DE LA OCUPACIÓN.
3. REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES
4. EL TRABAJADOR SIEMPRE UTILIZARA LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL PERTINENTES PARA REALIZAR EL OFICIO, LOS CUALES DEBEN SER APORTADOS POR EL EMPLEADOR.
5. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, CONDUCTAS ANTISEDENTARIAS, NUTRICIÓN BALANCEADA Y PESO CORPORALADECUADO.
6. CUMPLIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD OCUPACIONAL POR PARTE DEL EMPLEADOR Y DEL EMPLEADO.
7. SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD VIAL
6. VERIFIQUE CONDICIONES DEL VEHICULO PREVIAMENTE AL USO, RESPETE LA NORMAS DE TRANSITO, RECUERDE MANTENER LA DISTANCIA DE SEGURIDAD, USE SIEMPRE EL CINTURON DE SEGURIDAD, RESPETE LOS LIMITES DE VELOCIDAD, EVITE INGERIR ALIMENTOS, NO FUMAR CONDUCIENDO, IDENTIFIQUE CUALQUIER PELIGRO FÍSICO, NO REALICE DESPLAZAMIENTOS DEL VEHICULO CON PUERTAS O COMPUERTAS ABIERTA, NI CON PERSONAL AGARRADO EN ALGUN EXTREMO.
7. INFORME OPORTUNAMENTE CAMBIOS EN SUS CONDICIONES DE SALUD A SUS SUPERVISORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍCAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS.
8. *NO CONDUZCA SI HA INGERIDO ALGUN TIPO DE LICOR.*
9. SEGUIR ESTRICTAMENTE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DEL SG-SST DE LA EMPRESA.
EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZÓN FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DILIGENCIA ENCUESTA DE ESTADO DE SALUD**

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2007, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto medico de aptitud laboral. '

Médico Especialista en Salud Laboral
JUAN C ARLOS MOSQUERA IBARGUEN
1020394047 2021060007758

Firma y cédula del Paciente
JOHN WILLIAM ESTRADA RESTREPO
1036627560

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1044907647-406897

Fecha y Lugar: 8/02/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	WILLINTON DANIEL SIMANCAS DEARCO		**Identificación:**	1044907647	**Rh:** RH A+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 21	**Teléfono:**	3163787455	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	15/02/2003 ARJONA		**Cargo:**	AYUDANTE	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	DNCISO MEDELLIN		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
ARL:	SURA		**AFP:**	COLPENSIONES	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

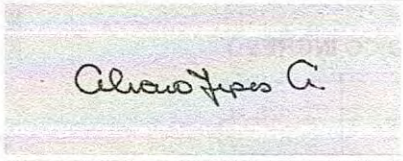
'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.





Médico Especialisa en Salud Laboral
ALVARO DE JESUS YEPES ALVAREZ
2019060432521 -



Firma y cédula del Paciente
WILLINTON DANIEL SIMANCAS DEARCO
1044907647

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



LABORUM IPS

900410026-5

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 1035232039-242779

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	12/02/2025 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	ADRIAN DE JESUS MACIAS MONSALVE	**Identificación:**	1035232039
Fecha Nacimiento:	29/01/1996 **Sexo:** MASCULINO **Edad:** 29	**Teléfono:**	**Móvil:** 3005060731
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**Cargo:**	Ayudante de construcción
Dirección:	CRA 25 # 75 - 80 MANRIQUE	**EPS:**	SURA EPS
Empresa:	MARIDO EN CASA S.A.S -	**Escolaridad:**	BACHILLERATO
		Sexo:	MASCULINO **Edad:** 29

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA LABORAL	CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES. MANTENER LAS ACTIVIDADES PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACION. PRACTICAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS ACORDES CON SU ESTADO FISICO Y CONDICION DE SALUD. REALIZAR ENTRENAMIENTOS CONTINUOS SOBRE LA MECANICA CORPORAL ADECUADA PARA MOVILIZAR CARGAS. REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIODICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL PROGRAMA DE LA EMPRESA. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE LA DOTACION. UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECANICA CORPORAL PARA LA MOVILIZACION DE CARGAS Y PARA REALIZAR LAS DEMAS TAREAS DE SU OCUPACION. VERIFICAR DE MANERA CONTINUA EN EL DESARROLLO DE SU TRABAJO QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES FISICAS DEL TRABAJADOR

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones:

Nota Aclaratoria

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento

RECOMENDACIONES DEL CARGO

- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
- Si va a estar expuesto ocupacionalmente a ruido superior a 80 dB se recomienda realizar Audiometría periodica según profesiograma.
- Utilizar la protección auditiva definida por la empresa en ambientes ruidosos tanto laborales como extralaborales.
- Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta producto y nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
- Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- En caso de requerir realizar trabajos o actividades a una altura superior a 1,50 mt, debe recibir capacitación y entrenamiento adecuado para certificar su aptitud médica para este tipo de trabajos de alto riesgo.
- Verificar en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

ENFASIS EN EL EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: El exámen estático y dinámico de la columna vertebral y el exámen osteomuscular a nivel de los diferentes segmentos corporales es normal. No se evidencian atrofias, ni limitaciones de la movilidad, no hay dolor, ni el trabajador refiere sintomatología sobre manguito rotador, tendinitis del codo, síndrome del túnel del carpo, enfermedad de Quervain u otras patologías de los miembros inferiores. Se deben implementar todas las medidas de prevención y protección requeridas para prevenir patologías osteomusculares y accidentes de trabajo.
CONSIDERACIONES JURIDICAS RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.
EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACION ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZON FIRMA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO"

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

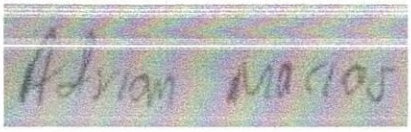
NO

Información de Remisiones

NO



Médico Especialisa en Salud Laboral
JUAN DAVID ARISTIZABAL ECHEVERRI
2024060017262 05-2168-02



Firma y cédula del Paciente
ADRIAN DE JESUS MACIAS MONSALVE
1035232039

ingresemos sas
¡Cuidamos la Salud de Tu Recurso Humano!

NIT 901261532-4
Dirección: Cr 50 A # 58 - 69 Prado Centro
Teléfonos: 311 777 6767 - 322 307 3618
Mail: contacto@ingresemos.com
facturacioningresemos@gmail.com
www.ingresemos.com
Medellín, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 42.822

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	02 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ARGEON S.A.S	ARGEON S.A.S

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PADILLA LARES WILBERTO	MASCULINO	21 AÑOS 1 MESES 30 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1101872261

Cargo
AYUDANTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO O LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN AUDIOMETRIA TAMIZ	✓	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓
VISIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

INGRESA USUARIO PARA EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA TAMIZ PARA EL CARGO
DE AYUDANTE
SIN COMORBILIDADES DE IMPORTANCIA.
ASINTOMATICO RESPIRATORIO Y GASTROINTESTINAL EN LOS ULTIMOS 8 DIAS.
EXAMEN FISICO SIN HALLAZGOS A DESTACAR. VALORACION OSTEOMUSCULAR NORMAL.
AUDIOMETRIA AUDICION NORMAL BILATERAL
VALORACION VISIOMETRICA: AGUDEZA VISUAL NORMAL BILATERAL.
MOTILIDAD OCULAR: NORMAL
EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR A DESEMPEÑAR.
SE DA RECOMENDACIONES EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE.
EL PRESENTE CONCEPTO DE APTITUD SE EMITE CON BASE EN LOS HALLAZGO ENCONTRADOS EN LA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA EL DÍA DE HOY Y CON BASE EN LA INFORMACIÓN APORTADA POR EL TRABAJADOR Y/O POR LA EMPRESA CONTRATANTE

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				Aspirante o Trabajador	
Firma:				Firma:	
Nombre: MARIN TOBON GERARDO ANDRES				Nombre: PADILLA LARES WILBERTO	
R. M.: 5224306	L.S.O.: 2020060125953	Código de Seguridad		CC: 1101872261	
		E882K1Q42822			

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

LABORUM IPS



900410026-5

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Certificado de aptitud: 1020421151-243605

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	25/02/2025 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	FERNEY ALEXANDER OSORIO MUÑOZ	**Identificación:**	1020421151
Fecha Nacimiento:	7/04/1989 **Sexo:** MASCULINO **Edad:** 35	**Teléfono:**	**Móvil:** 3003736312
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**Cargo:**	AYUDANTE DE CONSTRUCCION.
Dirección:	CALLE 104 # 50B 42 BARRIO VILLANIZA ACEVEDO	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Empresa:	MARIDO EN CASA S.A.S	**Escolaridad:**	BACHILLERATO
		Sexo:	MASCULINO **Edad:** 35

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA LABORAL	CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL PROGRAMA DE LA EMPRESA, UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECANICA CORPORAL PARA LA MOVILIZACION DE CARGAS Y PARA REALIZAR LAS DEMAS TAREAS DE SU OCUPACION. VERIFICAR DE MANERA CONTINUA EN EL DESARROLLO DE SU TRABAJO QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES FISICAS DEL TRABAJADOR
TETANO (VACUNA)	VACUNA APLICADA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones:

Nota Aclaratoria

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por teceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En nungún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

RECOMENDACIONES DEL CARGO

- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
- Si va a estar expuesto ocupacionalmente a ruido superior a 80 dB se recomienda realizar Audiometría periodica según profesiograma.
- Utilizar la protección auditiva definida por la empresa en ambientes ruidosos tanto laborales como extralaborales.
- Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta producto y nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
- Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- En caso de requerir realizar trabajos o actividades a una altura superior a 1,50 mt, debe recibir capacitación y entrenamiento adecuado para certificar su aptitud médica para este tipo de trabajos de alto riesgo.
- Verificar en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

ENFASIS EN EL EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: El exámen estático y dinámico de la columna vertebral y el exámen osteomuscular a nivel de los diferentes segmentos corporales es normal. No se evidencian atrofias, ni limitaciones de la movilidad, no hay dolor, ni el trabajador refiere sintomatología sobre manguito rotador, tendinitis del codo, síndrome del túnel del carpo, enfermedad de Quervain u otras patologías de los miembros inferiores. Se deben implementar todas las medidas de prevención y protección requeridas para prevenir patologías osteomusculares y accidentes de trabajo.

CONSIDERACIONES JURIDICAS RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACION ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZON FIRMA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO*

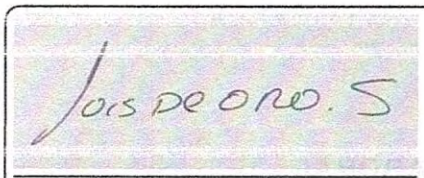
Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO



Médico Especialisa en Salud Laboral
LUIS EDUARDO DE ORO SAUMETH
S201860031134 5-0473-13



Firma y cedula del Paciente
FERNEY ALEXANDER OSORIO MUÑOZ
1020421151

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 70162209-407113

Fecha y Lugar: 11/02/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante: CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	GILDARDO DE JESUS MONSALVE MUÑOZ		**Identificación:**	70162209	**Rh:** RH O+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 61	**Teléfono:**	3205927292	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	3/05/1963 SAN CARLOS		**Cargo:**	OFICIAL	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE		**Escolaridad:**	PRIMARIA	
Dirección:	SAN JOSE LA CIMA MEDELLIN		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
ARL:	SURA		**AFP:**	COLPENSIONES	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA, DEBE LABORAR CON LENTES FORMULADOS, HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL -

Información de Remisiones

OPTOMETRIA

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnostica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabaje, de la cual obtendre el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Médico Especialisa en Salud Laboral
BELKY PATRICIA CORONELL ALBA
L.S 1157 Reg. 66631/05

Firma y cédula del Paciente
GILDARDO DE JESUS MONSALVE MUÑOZ
70162209

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1104864674-406902

Fecha y Lugar: 8/02/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	GLEEN ARTURO GONZALEZ ARRIETA		**Identificación:**	1104864674	**Rh:** RH O+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 28	**Teléfono:**	3106294156	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	15/03/1996 TOLU VIEJO		**Cargo:**	AYUDANTE	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	LLANADAS MEDELLIN		**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud	
ARL:	SURA		**AFP:**	PORVENIR S.A.	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

USO ESTRICTO DE ELEMENTOS DE PROTECCION AUDITIVA EN AREAS EXPUESTAS

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

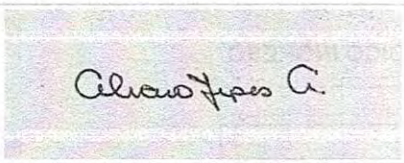
'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabaje, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.







Médico Especialisa en Salud Laboral
ALVARO DE JESUS YEPES ALVAREZ
2019060432521 -

Firma y cédula del Paciente
GLEEN ARTURO GONZALEZ ARRIETA
1104864674

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO



H.C.: 15340788-407036

Fecha y Lugar: 10/02/2025 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante: CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -
Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica: Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.
Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	HECTOR EMILIO AGUIRRE		**Identificación:**	15340788	**Rh:** RH A+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 57	**Teléfono:**	3235354334	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	31/07/1967 REMEDIOS		**Cargo:**	AYUDANTE	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Escolaridad:**	PRIMARIA	
Dirección:	CALLE 96 N 67-30 MEDELLIN		**EPS:**	EPS SURA	
ARL:	SURA		**AFP:**	PROTECCION S.A.	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA REALIZAR ACTIVIDADES QUE NO IMPLIQUEN EXCEDER LIMITE DE CARGAS PERMITIDOS USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCION EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL	-
CARDIOVASCULAR	-

Información de Remisiones

MÉDICINA GENERAL EPS

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Médico Especialisa en Salud Laboral ERNESTO CAMILO CAHUANA PINTO 4515	Firma y cédula del Paciente HECTOR EMILIO AGUIRRE 15340788

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

LABORUM IPS



900410026-5

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: ***71744034-241500***

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	12/02/2025 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	OSCAR ALBERTO GAVIRIA LOPEZ	**Identificación:**	71744034
Fecha Nacimiento:	7/08/1973 **Sexo:** MASCULINO **Edad:** 51	**Teléfono:**	**Móvil:** 3233006522
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**Cargo:**	AUXILIAR DE CONSTRUCCION
Dirección:	CRA 50 # 70-118	**EPS:**	SAVIA SALUD
Empresa:	MARIDO EN CASA S.A.S	**Escolaridad:**	BACHILLERATO
		Sexo:	MASCULINO **Edad:** 51

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA LABORAL	CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES. MANTENER LAS ACTIVIDADES PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACION. PRACTICAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS ACORDES CON SU ESTADO FISICO Y CONDICION DE SALUD. REALIZAR ENTRENAMIENTOS CONTINUOS SOBRE LA MECANICA CORPORAL ADECUADA PARA MOVILIZAR CARGAS. REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIODICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL PROGRAMA DE LA EMPRESA. SE RECOMIENDAN HABITOS SALUDABLE COMO DIETA BAJA EN GRASA, Y EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA PARA CONTROL DE PESO. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE LA DOTACION. UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECANICA CORPORAL PARA LA MOVILIZACION DE CARGAS Y PARA REALIZAR LAS DEMAS TAREAS DE SU OCUPACION. VERIFICAR DE MANERA CONTINUA EN EL DESARROLLO DE SU TRABAJO QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES FISICAS DEL TRABAJADOR

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones:

Nota Aclaratoria

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

RECOMENDACIONES DEL CARGO

- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
- Si va a estar expuesto ocupacionalmente a ruido superior a 80 dB se recomienda realizar Audiometría periodica según profesiograma.
- Utilizar la proteccion auditiva definida por la empresa en ambientes ruidosos tanto laborales como extralaborales.
- Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta producto y nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
- Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- En caso de requerir realizar trabajos o actividades a una altura superior a 1,50 mt, debe recibir capacitación y entrenamiento adecuado para certificar su aptitud médica para este tipo de trabajos de alto riesgo.
- Verificar en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

ENFASIS EN EL EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: El exámen estático y dinámico de la columna vertebral y el exámen osteomuscular a nivel de los diferentes segmentos corporales es normal. No se evidencian atrofias, ni limitaciones de la movilidad, no hay dolor, ni el trabajador refiere sintomatología sobre manguito rotador, tendinitis del codo, síndrome del túnel del carpo, enfermedad de Quervain u otras patologías de los miembros inferiores. *Se deben implementar todas las medidas de prevención y protección requeridas para prevenir patologías osteomusculares y accidentes de trabajo.*
CONSIDERACIONES JURIDICAS RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.
EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACION ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZON FIRMA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO"

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO



Medico Especialisa en Salud Laboral
JUAN DAVID ARISTIZABAL ECHEVERRI
2024060017262 05-2168-02

Firma y cédula del Paciente
OSCAR ALBERTO GAVIRIA LOPEZ
71744034

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 70471523-406904

Fecha y Lugar: 8/02/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante: CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -
Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica: Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.
Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: SERGIO ENRIQUE GOMEZ CASTRO
Identificación: 70471523
Rh: RH O-
Género: MASCULINO
Edad: 47
Teléfono:
Móvil: 3014031995
Fecha y Lugar de Nacimiento: 27/11/1977 CAICEDO
Cargo: OFICIAL
Estado Civil: SOLTERO(A)
Escolaridad: BACHILLERATO
Dirección: CLL 65 N 16-DD86 MEDELLIN
EPS: EPS SURA
ARL: SURA
AFP: PORVENIR S.A.

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

REQUIERE LENTES PARA TRABAJOS CON DETALLE DE AGUDEZA VISUAL LEJANA. LA EMPRESA DEBE VIGILAR Y GARANTIZAR ESTA RECOMENDACION PARA EVITAR ACCIDENTES LABORALES Y/O ENFERMEDAD LABORAL. // RESTRICCION DADA DE MANERA TEMPORAL HASTA PRESENTAR LENTES FORMULADOS.

5. RESTRICCIONES

RESTRICCION VISUAL

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VÁLIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Médico Especialisa en Salud Laboral
ERNESTO CAMILO CAHUANA PINTO
4515

Firma y cédula del Paciente
SERGIO ENRIQUE GOMEZ CASTRO
70471523

Fecha Impresión:
17/02/2025 07:10:47 am

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

susmédicos
Conciencia laboral y valoración

800.113.024-4

Nro. Ingreso: 165627	Fecha del Exámen: 15/02/2025	Tipo de Exámen: Periodico

Exámenes practicados: Concepto Conductor, Trabajo En Alturas Y Riesgo Eléctrico con espirometria

DATOS PERSONALES





Nombres: HECTOR		Apellidos: ROMAÑA PALACIOS	
Tipo Documento: CC		Nro Documento: 11.814.478	
Fecha Nacimiento: 1982/10/25	Edad: 42	Sexo: Masculino	
Dirección Domicilio: CL 68 A N 94 C 47		Teléfono Domicilio: 3135906603	
Lugar Residencia: MEDELLIN		Grupo Sanguíneo: B+	
Profesión/ocupación: OPERARIO DE MAQUINA			
Nombre Acompañante: NINGUNO		Teléfono Acompañante: NINGUNO	
Persona Responsable: GLENCI PALACIOS (ESPOSA)		Teléfono Persona R: 3137596046	
EPS: Sura	ARL: Sura	Pensiones: Protección	Cesantías: Protección
Tipo Vinculación EPS: Contributivo cotizante		Estado Civil: Union libre	

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: ALDECCO S . A . S .		Actividad Económica: Alquiler de maquinaria y equipo de construccion y de ingenieria civil	
Cargo: OPERARIO DE MAQUINA	Perfil Biológico: Adecuada audición , Adecuada visión, Adecuado sistema osteomuscular general	Factores de Riesgo: Posiciones prolongadas, Locativo por condiciones del puesto de trabajo , Físico por ruido en manejo de equipo electromecánico, Polvo, Vibración, Electrico, exigencia visual de la tarea, movimientos repetitivos de Miembros superiores, Ruido, material particulado, Altura, Vibración , electrico	Medidas de Protección: Educación en normas de higiene postural, pausas activas, Casco, Calzado de seguridad, Protección auditiva y respiratoria, Monogafas, Guantes, arnes, lineas de vida, vestimenta adecuada.

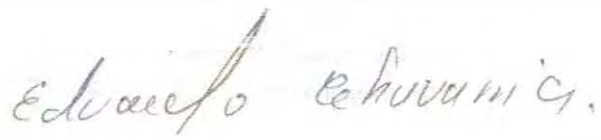
CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

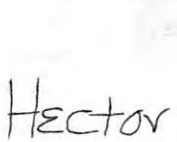
S.V.E	RECOMENDACIONES	RESTRICCIONES	INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO PARA EL CARGO
AUDIOMETRÍA	Uso protección auditiva en área con ruido mayor a 85 dB Oído derecho: audición normal. Oído izquierdo: pérdida leve en 6 kHz.	Ninguna.	Resultado alterado cumpliendo recomendaciones, es adecuado para el cargo.
ESPIROMETRÍA	Control periódico teniendo en cuenta: Patrón espirométrico en el limite normal	Ninguna.	Resultado normal y adecuado para el cargo
VISIOMETRÍA	Control periódico teniendo en cuenta: Agudeza visual mixta bilateral normal, Discriminación del color normal, Percepción de profundidad normal	Ninguna.	Resultado normal y adecuado para el cargo
PSICOSENSOMÉTRICO	control periodico teniendo en cuenta tamizaje psicomotriz aprobado en los 6 parametros.	Ninguna.	Resultado normal y adecuado para el cargo
Tamizaje osteomuscular.	bajo riesgo osteomuscular para el cargo.	Ninguna.	Resultado normal y adecuado para el cargo
Glicemia.	Control periódico, teniendo en cuenta que el examen de glicemia que se le realizó hoy, tiene un valor normal.	Ninguna.	Resultado normal y adecuado para el cargo

Perfil lipídico.	Control periódico teniendo en cuenta que los resultados de los exámenes de laboratorio que se le realizaron hoy (colesterol total, colesterol LDL, colesterol VLDL, colesterol HDL y triglicéridos) están dentro de los parámetros normales.	Ninguna.	Resultado normal y adecuado para el cargo
Toxicología en orina.	Control periódico teniendo en cuenta resultado negativo de toxicología de dos parámetros	Ninguna.	Resultado normal y adecuado para el cargo
EXAMEN MÉDICO	Control periódico teniendo en cuenta examen físico clínicamente normal + Control nutricional del sobrepeso Se le recomienda iniciar una dieta saludable, baja en grasas y carbohidratos, aumentando el consumo de legumbres, verduras y frutas en su alimentación diaria. Iniciar programa de ejercicio físico aeróbico con regularidad e intensidad..	Ninguna.	Resultado normal y adecuado para el cargo

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto	Apto para Conductor de Vehículo, Apto para el cargo y Trabajo en Alturas, Apto para el Cargo y Riesgo Eléctrico





PROFESIONAL: CHRISTIAN EDUARDO ECHAVARRIA BOTERO	PACIENTE: HECTOR ROMAÑA PALACIOS
CC 8027489	Documento: CC: 11814478
Médico (a)	
Licencia: 123713	
Especialista en: ESPECIALISTA EN SO	
Registro: 5-3133-09	

Certifico con la firma de este documento que la información es cierta y autorizo a SUS MÉDICOS S.A; para almacenar y usar mis datos personales para el registro de operaciones en el termino de la relación contractual y comercial que se origina en el registro de la base de datos de usuarios y para reportar información

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: INGRESO OSTEOMUSCULAR **Fecha de consulta:** 21/02/2025

Información paciente



Empresa: D&G ALIADOS S.A.S
Empresa en misión:
Nombre completo: KEILLER MANUEL JIMENEZ LAMBIS
Identificación: CC: 1001782290
Responsable: El mismo paciente
Acompañante: Ninguno
Cargo: RECIDENTE DE OBRA
Fecha nacimiento: 06/02/1998
Edad: 27
Genero: Masculino
Estado civil: Soltero
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Teléfono: 3054825358
Dirección: Atlántico, Barranquilla, CRA 6 C # 94 20
Nº hijos: 0
ARL: No refiere
EPS: Nueva EPS
AFP: Protección S.A.

Exámenes analizados

- AUDIOMETRÍA .
- EXAMEN PSICOTÉCNICO OCUPACIONAL.
- VISIOMETRÍA.
- Vacuna tetano .

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR. APTO PARA EL CARGO RESIDENTE DE OBRA.

EVALUACIÓN POR OPTOMETRÍA ANUAL.

RECOMENDACIONES GENERALES:

SI LABORA A LA INTEMPERIE RECUERDE USAR PROTECTOR SOLAR, GORRA Y MONOGAFAS CON FILTRO UV.

LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES (INGRESO, PERIÓDICA Y DE EGRESO) LAS DEBE REALIZAR EL EMPLEADOR PÚBLICO Y PRIVADO EN FORMA OBLIGATORIA. (ARTÍCULO 3 RESOLUCIÓN 0312 DEL 13 DE FEBRERO DE 2019 DEL MINISTERIO DE TRABAJO)

INGRESO A LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACUERDO A RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA

CUMPLIR CON LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL:

VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.

EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ANTES DE COMENZAR A LABORAR, ADOPTAR BUENAS POSTURAS, NO EXCEDER LEVANTAMIENTO DE PESO ESTIPULADO EN LA LEGISLACIÓN VIGENTE, UTILIZAR TÉCNICAS ADECUADAS EN EL MANEJO DE CARGAS SI SE VA A MANIPULAR LA CARGA MANUALMENTE, ROTACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO SI LA TAREA A REALIZAR ES DEMASIADO PESADA.

PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL, CADA 2 HORAS POR 5 MINUTOS, CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS CORPORALES INVOLUCRADAS.

ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HICIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.

EN CUANTO A TRABAJO ESTÁTICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.

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

EVITAR LAS TAREAS REPETITIVAS PROGRAMANDO CICLOS DE TRABAJO SUPERIORES A 30 SEGUNDOS Y NO REPETIR EL MISMO MOVIMIENTO DURANTE MÁS DEL 50% DE LA DURACIÓN DEL CICLO DE TRABAJO.

DURANTE LA JORNADA LABORAL

HACER USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LE BRINDE LA EMPRESA DEACUERDO CON EL RIESGO DE LA LABORAL, INSTRUIR EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y LESIONES, BUEN USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, REPORTAR LAS CONDICIONES DE TRABAJO QUE PUEDEN SER GENERADORAS DE ACCIDENTES LABORALES Y REPORTAR TODO INCIDENTE Y/O ACCIDENTE DE TRABAJO Y APLICAR EN FORMA CORRECTA LAS NORMAS DE SEGURIDAD.

MANTENER EL LUGAR DE TRABAJO EN ORDEN Y ASEO.

EN CUANTO A RIESGO PSICOSOCIAL:

PLANIFICAR ADECUADAMENTE LAS TAREAS QUE HAN DE REALIZARSE DE FORMA QUE SE REDUZCAN LOS PICOS DE TRABAJO, DISPONER DE TRABAJADORES FLOTANTES QUE PUEDAN CUBRIR LAS TAREAS EN LOS PERÍODOS DE BAJAS O EN SITUACIONES ESPECIALES DE MAYOR CARGA DE TRABAJO, PLANIFICAR CON LOS TRABAJADORES UN PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUA PARA QUE ESTÉN AL DÍA DE TODOS LOS ASPECTOS REQUERIDOS POR LAS NORMAS Y LEGISLACIÓN, FACILITAR LA COMPATIBILIDAD DE LA VIDA FAMILIAR Y LABORAL, ADECUAR LA CANTIDAD DE TRABAJO AL TIEMPO QUE DURA LA JORNADA LABORAL, REALIZAR ACTIVIDADES LUDICAS DE INTEGRACIÓN.

SALUD VISUAL Y AUDITIVA:

REVISIÓN PERIÓDICA PARA VERIFICAR EL ESTADO DE LA SALUD VISUAL Y AUDITIVA, EL CUAL DEBE ESTAR ACORDE A LAS EXIGENCIAS LABORALES.

SE INFORMA AL PACIENTE QUE DEBE MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL Y AUDITIVA, MEJORAR HÁBITOS EN EL PUESTO DE TRABAJO COMO UNA BUENA Y ADECUADA ILUMINACIÓN.

USO DE IMPLEMENTO DE SEGURIDAD PERSONAL, AUDÍFONOS SI LO REQUIERE, LENTES OFTALMOLÓGICOS QUE CORRIJAN SU DEFICIENCIA VISUAL SI LO REQUIERE.

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS MIRANDO A DISTANCIAS CONTRARIAS A LAS HABITUALES, NO AUTO-MEDICARSE SI PRESENTA ALGÚN TRAUMA O MOLESTIA OCULAR.

CONSULTA POR OPTOMETRIA PERIÓDICAMENTE CADA AÑO

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- 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.

ALEJANDRA ZAPATA MORALES
Profesión: Medico especialista en seguridad y salud en el trabajo universidad ces
Registro: REG MED 1128423700 / RES.2023060353091

Aspirante o trabajador
KEILLER MANUEL JIMENEZ LAMBIS
Identificación: CC: 1001782290

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

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO



H.C.: 1037480436-408343

Fecha y Lugar: 24/02/2025 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: BIERSON BEJARANO BERRIO
Género: MASCULINO **Edad:** 33
Fecha y Lugar de Nacimiento: 18/07/1991 MEDELLIN
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: CRA 30 B 79 B 41
ARL: SURA

Identificación: 1037480436 **Rh:** RH B+
Teléfono: **Móvil:** 3226615584
Cargo: AYUDANTE
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
AFP: COLFONDOS

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

HABITOS DE VIDA SALUDABLE ****

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Médico Especialisa en Salud Laboral
BELKY PATRICIA CORONELL ALBA
L.S 1157 Reg. 66631/05

Firma y cédula del Paciente
BIERSON BEJARANO BERRIO
1037480436

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1077442803-407000

Fecha y Lugar: 10/02/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica:
Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	CARLOS ANDRES MARTINEZ JORDAN		**Identificación:**	1077442803	**Rh:** RH O+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 35	**Teléfono:**	3207264740	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	16/02/1990 MEDELLIN		**Cargo:**	AYUDANTE	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	BUENOS AIRES MEDELLIN		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
ARL:	SURA		**AFP:**	PORVENIR S.A.	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

PRESENTA CONDICIÓN MÉDICA AUDITIVA POR SEGUIRIDAD Y SALUD DEL TRABAJADOR SE RECOMIENDA USO DE PROTECCION AUDITIVA EN EXPOSICION A RUIDOS SUPERIORES A 80 DECIBELES, REALIZAR AUDIOMETRIA PERIODICA Y SEGUIMIENTO POR OTORRINO EN SU EPS ** SE SUGIERE INCLUIR EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA **** . LA EMPRESA DEBE VIGILAR Y GARANTIZAR ESTA RECOMENDACION PARA EVITAR ACCIDENTES LABORALES Y/O ENFERMEDAD LABORAL . HABITOS DE VIDA SALUDABLE ** REQUIERE CONSULTAR EN EPS **

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

PRESENTA CONDICION MEDICA AUDITIVA POR SEGUIRIDAD Y SALUD DEL TRABAJADOR SE RECOMIENDA USO DE PROTECCION AUDITIVA EN EXPOSICION A RUIDOS SUPERIORES A 80 DECIBELES, REALIZAR AUDIOMETRIA PERIODICA Y SEGUIMIENTO POR OTORRINO EN SU EPS ** SE SUGIERE INCLUIR EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA **** . LA EMPRESA DEBE VIGILAR Y GARANTIZAR ESTA RECOMENDACION PARA EVITAR ACCIDENTES LABORALES Y/O ENFERMEDAD LABORAL . ********* USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRIA U OPTOMETRIA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

AUDITIVO -

Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.

Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Médico Especialisa en Salud Laboral
BELKY PATRICIA CORONELL ALBA
L.S 1157 Reg. 66631/05

Firma y cédula del Paciente
CARLOS ANDRES MARTINEZ JORDAN
1077442803

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

LABORUM IPS



900410026-5

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 1152696157-242961

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	13/02/2025 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JULIAN ALBERTO OSORIO MUÑOZ	**Identificación:**	1152696157
Fecha Nacimiento:	9/01/1992 **Sexo:** MASCULINO **Edad:** 33	**Teléfono:**	**Móvil:** 3044800857
Estado Civil:	CASADO(A)	**Cargo:**	AUXILIAR DE CONSTRUCCION
Dirección:	CR103 60C75 VALLEJUELOS	**EPS:**	SURA EPS
Empresa:	MARIDO EN CASA S.A.S -	**Escolaridad:**	MAESTRIA
		Sexo:	MASCULINO **Edad:** 33

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA LABORAL	CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES. MANTENER LAS ACTIVIDADES PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACION. PRACTICAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS ACORDES CON SU ESTADO FISICO Y CONDICION DE SALUD. REALIZAR ENTRENAMIENTOS CONTINUOS SOBRE LA MECANICA CORPORAL ADECUADA PARA MOVILIZAR CARGAS. REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIODICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL PROGRAMA DE LA EMPRESA. SE RECOMIENDAN HABITOS SALUDABLE COMO DIETA BAJA EN GRASA, Y EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA PARA CONTROL DE PESO. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE LA DOTACION. UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECANICA CORPORAL PARA LA MOVILIZACION DE CARGAS Y PARA REALIZAR LAS DEMAS TAREAS DE SU OCUPACION. VERIFICAR DE MANERA CONTINUA EN EL DESARROLLO DE SU TRABAJO QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES FISICAS DEL TRABAJADOR

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones:

Nota Aclaratoria

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

RECOMENDACIONES DEL CARGO

- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
- Si va a estar expuesto ocupacionalmente a ruido superior a 80 dB se recomienda realizar Audiometria periodica según profesiograma.
- Utilizar la protección auditiva definida por la empresa en ambientes ruidosos tanto laborales como extralaborales.
- Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta producto y nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
- Utilizar una adecuada higiene postural y mecanica corporal para la movilizacion de cargas y para realizar las demas tareas de su ocupacion.
- Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- En caso de requerir realizar trabajos o actividades a una altura superior a 1,50 mt, debe recibir capacitación y entrenamiento adecuado para certificar su aptitud médica para este tipo de trabajos de alto riesgo.
- Verificar en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

ENFASIS EN EL EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: El exámen estático y dinámico de la columna vertebral y el exámen osteomuscular a nivel de los diferentes segmentos corporales es normal. No se evidencian atrofias, ni limitaciones de la movilidad, no hay dolor, ni el trabajador refiere sintomatología sobre manguito rotador, tendinitis del codo, síndrome del túnel del carpo, enfermedad de Quervain u otras patologías de los miembros inferiores. Se deben implementar todas las medidas de prevención y protección requeridas para prevenir patologías osteomusculares y accidentes de trabajo.
CONSIDERACIONES JURIDICAS RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.
EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACION ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZON FIRMA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

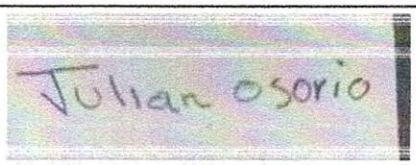
NO

Información de Remisiones

NO

JUAN DAVID
ARISTIZABAL ECHEVERRI
RM: 5-2168-02

Médico Especialisa en Salud Laboral
JUAN DAVID ARISTIZABAL ECHEVERRI
2024060017262 05-2168-02



Firma y cédula del Paciente
JULIAN ALBERTO OSORIO MUÑOZ
1152696157

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

LABORUM IPS



900410026-5

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 3672688-241502

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	12/02/2025 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	LUIS ALFONSO MACIAS YOTAGRI	**Identificación:**	3672688
Fecha Nacimiento:	19/02/1964 **Sexo:** MASCULINO **Edad:** 60	**Teléfono:**	**Móvil:** 3205724201
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**Cargo:**	OFICIAL DE CONSTRUCCION
Dirección:	CRA 43 #64-30 VILLA HERMOSA	**EPS:**	COOSALUD
Empresa:	MARIDO EN CASA S.A.S	**Escolaridad:**	BACHILLERATO
		Sexo:	MASCULINO **Edad:** 60

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA LABORAL	CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES. PRACTICAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS ACORDES CON SU ESTADO FISICO Y CONDICION DE SALUD. REALIZAR ENTRENAMIENTOS CONTINUOS SOBRE LA MECANICA CORPORAL ADECUADA PARA MOVILIZAR CARGAS. REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIODICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL PROGRAMA DE LA EMPRESA. SE RECOMIENDAN HABITOS SALUDABLE COMO DIETA BAJA EN GRASA, Y EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA PARA CONTROL DE PESO. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE LA DOTACION. UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECANICA CORPORAL PARA LA MOVILIZACION DE CARGAS Y PARA REALIZAR LAS DEMAS TAREAS DE SU OCUPACION. VERIFICAR DE MANERA CONTINUA EN EL DESARROLLO DE SU TRABAJO QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES FISICAS DEL TRABAJADOR

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones:

Nota Aclaratoria

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

RECOMENDACIONES DEL CARGO

- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
- Si va a estar expuesto ocupacionalmente a ruido superior a 80 dB se recomienda realizar Audiometría periodica según profesiograma.
- Utilizar la protección auditiva definida por la empresa en ambientes ruidosos tanto laborales como extralaborales.
- Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta producto y nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
- Utilizar una adecuada higiene postural y mecanica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- En caso de requerir realizar trabajos o actividades a una altura superior a 1,50 mt, debe recibir capacitación y entrenamiento adecuado para certificar su aptitud médica para este tipo de trabajos de alto riesgo.
- Verificar en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades fisicas del trabajador.

ENFASIS EN EL EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: El exámen estático y dinámico de la columna vertebral y el exámen osteomuscular a nivel de los diferentes segmentos corporales es normal. No se evidencian atrofias, ni limitaciones de la movilidad, no hay dolor, ni el trabajador refiere sintomatologia sobre manguito rotador, tendinitis del codo, sindrome del túnel del carpo, enfermedad de Quervain u otras patologías de los miembros inferiores. Se deben implementar todas las medidas de prevención y protección requeridas para prevenir patologías osteomusculares y accidentes de trabajo.
CONSIDERACIONES JURIDICAS RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.
EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACION ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZON FIRMA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO"

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

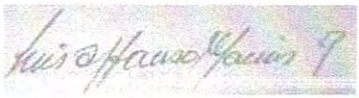
NO

Información de Remisiones

NO



Médico Especialisa en Salud Laboral
JUAN DAVID ARISTIZABAL ECHEVERRI
2024060017262 05-2168-02



Firma y cédula del Paciente
LUIS ALFONSO MACIAS YOTAGRI
3672688

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

LABORUM IPS



900410026-5

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 70928025-241545

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	12/02/2025 - MEDELLIN	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	RUBEN DARIO MACIAS YOTAGRI	**Identificación:**	70928025
Fecha Nacimiento:	9/09/1978 **Sexo:** MASCULINO **Edad:** 46	**Teléfono:**	**Móvil:** 3225702535
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**Cargo:**	OFICIAL DE CONSTRUCCION
Dirección:	CRA 43 #64-30 VILLA HERMOSA	**EPS:**	COOSALUD
Empresa:	MARIDO EN CASA S.A.S	**Escolaridad:**	BACHILLERATO
		Sexo:	MASCULINO **Edad:** 46

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA LABORAL	CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES. MANTENER LAS ACTIVIDADES PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACION. PRACTICAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS ACORDES CON SU ESTADO FISICO Y CONDICION DE SALUD. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE LA DOTACION. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL PROGRAMA DE LA EMPRESA. REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIODICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO. VERIFICAR DE MANERA CONTINUA EN EL DESARROLLO DE SU TRABAJO QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES FISICAS DEL TRABAJADOR. UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECANICA CORPORAL PARA LA MOVILIZACION DE CARGAS Y PARA REALIZAR LAS DEMAS TAREAS DE SU OCUPACION. REALIZAR ENTRENAMIENTOS CONTINUOS SOBRE LA MECANICA CORPORAL ADECUADA PARA MOVILIZAR CARGAS

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones:

Nota Aclaratoria

De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.

RECOMENDACIONES DEL CARGO

- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
- Si va a estar expuesto ocupacionalmente a ruido superior a 80 dB se recomienda realizar Audiometría periodica según profesiograma.
- Utilizar la protección auditiva definida por la empresa en ambientes ruidosos tanto laborales como extralaborales.
- Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta producto y nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
- Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- En caso de requerir realizar trabajos o actividades a una altura superior a 1,50 mt, debe recibir capacitación y entrenamiento adecuado para certificar su aptitud médica para este tipo de trabajos de alto riesgo.
- Verificar en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

ENFASIS EN EL EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: El exámen estático y dinámico de la columna vertebral y el exámen osteomuscular a nivel de los diferentes segmentos corporales es normal. No se evidencian atrofias, ni limitaciones de la movilidad, no hay dolor, ni el trabajador refiere sintomatología sobre manguito rotador, tendinitis del codo, síndrome del túnel del carpo, enfermedad de Quervain u otras patologías de los miembros inferiores. Se deben implementar todas las medidas de prevención y protección requeridas para prevenir patologías osteomusculares y accidentes de trabajo.
CONSIDERACIONES JURIDICAS RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.
EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACION ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZON FIRMA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO"

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

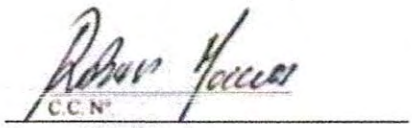
NO

Información de Remisiones

NO



Médico Especialisa en Salud Laboral
JUAN DAVID ARISTIZABAL ECHEVERRI
2024060017262 05-2168-02



Firma y cédula del Paciente
RUBEN DARIO MACIAS YOTAGRI
70928025

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 75075841-408259

Fecha y Lugar: 22/02/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante: CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -
Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica: Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.
Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: DARIO EUGENIO GOMEZ BEDOYA
Género: MASCULINO **Edad:** 50
Fecha y Lugar de Nacimiento: 27/11/1974 BOGOTA, D.C.
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: BELEN MEDELLIN
ARL: SURA
Identificación: 75075841 **Rh:** RH O-
Teléfono: 3136470242 **Móvil:**
Cargo: AYUDANTE
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
AFP: PORVENIR S.A.

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

ES MUY IMPORTANTE EL USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN ESPACIOS DE RUIDO Y EVITAR EN TODO MOMENTO EL USO DE AUDIFONOS. TENGA PRESENTE EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN LAS ACTIVIDADES Y ESPACIOS EN LOS QUE ESTÉ INDICADO O CUANDO SE CONSIDERE NECESARIO.
PROCURE MANTENER UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA (BAJA EN GRASAS SATURADAS Y CARBOHIDRATOS REFINADOS).
RECUERDE QUE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD RECOMIENDA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA AL MENOS 150 MINUTOS A LA SEMANA. REALICE LA ACTIVIDAD QUE CONTRIBUYA MÁS A SU FELICIDAD, YA QUE EL EJERCICIO NO SOLO SIRVE PARA TENER MÚSCULOS, ARTICULACIONES Y CORAZÓN SANOS, SINO QUE TAMBIÉN TIENE UN IMPORTANTE EFECTO EN LA SALUD MENTAL.

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

AUDITIVO — SE BENEFICIA DE SEGUIMIENTO AUDITIVO-

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO

Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.

La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.

Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.

Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

JFranco

Dr. Juan Esteban Franco Mejía
Médico esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
CC: 71753069 Registro: 5041900
Licencia: 2021060080949

Médico Especialisa en Salud Laboral
JUAN ESTEBAN FRANCO MEJIA
2021060080949

Firma y cédula del Paciente
DARIO EUGENIO GOMEZ BEDOYA
75075841

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1007705856-408463

Fecha y Lugar: 25/02/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante: CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -
Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica: Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.
Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: DUVERNEY MURILLO PALACIOS
Género: MASCULINO **Edad:** 26
Fecha y Lugar de Nacimiento: 9/04/1998 PUERTO ASIS
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: ENCISO EL PINAR MEDELLIN
ARL: SURA
Identificación: 1007705856
Teléfono: 313274060
Cargo: OFICIAL
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: EPS SURA
AFP: PORVENIR S.A.
Rh: RH B+
Móvil:

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

PRESENTA ANTECEDENTE DE LESION OSTEOMUSCULAR QUE NO LE GENERA RESTRICCIONES LABORALES, AL MOMENTO DEL EXAMEN FISICO NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

OSTEOMUSCULAR -

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

Médico Especialisa en Salud Laboral
MARIA JOHANNA ACOSTA SALGADO
2021 233048

Firma y cédula del Paciente
DUVERNEY MURILLO PALACIOS
1007705856

Omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
SAITEMP SA		AMARMAQ SAS		
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
811025401	cll 51 49 11 edificio fabricato of 1004	5125744	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
GALVIS TORRES DIEGO ALEJANDRO	CC 1042762526	38 Años	M
Lugar de Nacimiento	**Lugar de Residencia**	**Estado Civil**	
CARACOLI	Envigado	SOLTERO	
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**	
3116708188	BARRIO SANTA LUCIA	3116708188	
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**	
NOTIENE@GMAIL.COM	BACHILLER	A -	

IMC	Hijos	EPS
22.84	0	SURA EPS

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
NO APLICA	NO APLICADA	1° NO APLICA 2° NO APLICA	NO APLICA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
OPERARIO MINICARGADOR	2025-01-28	06:22:46	07:56:02	09:24:51

Lugar de realización examen	MEDELLIN CENTRO JUNIN

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado	
PREINGRESO	
CONCEPTO	**TIPO DE RESTRICCIONES**
CUMPLE PARA EL CARGO/ SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	NO APLICA
MOTIVO	**CERTIFICADOS ADICIONALES**
NO APLICA	NINGUNO
AREA DE LAS RESTRICCIONES	**INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO**
NINGUNA	NINGUNA
APTITUD DE TAREAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO: SE REALIZA
LABORATORIO CLINICO: (PRUEBA MULTIDROGAS DOS SUSTANCIAS) SE REALIZA
VISIOMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA: SE REALIZA
EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL: SE REALIZA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA
ENFASIS AREA DE CONDUCTORES: SE REALIZA

ANEXOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL)
Su capacidad auditiva es adecuada
VALORACION COMPLEMENTARIA (PRUEBA PSICOSENSOMETRICA)
De acuerdo con los resultados de la prueba, todas las reacciones fueron acordes con los estímulos y se ejecutaron dentro del tiempo estipulado, Cumpliendo con los criterios de capacidad mental y motriz
VALORACION COMPLEMENTARIA (PRUEBA PSICOSENSOMETRICA)
De acuerdo con los resultados de la prueba, todas las reacciones fueron acordes con los estímulos y se ejecutaron dentro del tiempo estipulado por la prueba. Cumpliendo con los criterios de capacidad mental y motriz
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL)
Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria
MEDICAS PERSONALES
Según revisión de antecedentes personales quirúrgicos, no se encontraron hallazgos que generen limitación.
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se indica hábitos de vida saludables (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividad física y controles preventivos en su EPS.
OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , si va manejar cargas cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor.
OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS AREA DE CONDUCTORES)
Respetar las normas de seguridad en todas sus actividades y tareas. Verifique el estado del vehículo antes de comenzar la labor. Maneje con sentido vial y recuerde que la conducción vehicular es una actividad de alto riesgo, utilice permanentemente el cinturón de seguridad mientras conduce. Respete siempre los límites de velocidad establecidos. Mantenga una actitud amigable y solidaria con los demás conductores y peatones en la vía. Reduzca la velocidad en función de las condiciones climáticas, respete las señales y las normas de tránsito y de seguridad vial. No conduzca si está fatigado (descanse con regularidad). No conduzca bajo los efectos del alcohol o drogas. Reglas de oro de levantamiento de cargas: pies separados, doble las rodillas, agarre firme la carga y péguela al cuerpo, mantenga la espalda recta, levántese suavemente sin realizar giros del tronco. El empleador debe diseñar e implementar el sistema de vigilancia epidemiológica para la seguridad vial (asesórese de su arl). El empleador debe capacitar permanentemente a sus conductores sobre las normas de seguridad para conductores. Sensibilice a todo este personal en autocuidado, autoestima y prevención de riesgo público. Realice mantenimiento preventivo y correctivo precoz de todo el parque automotor. Realizar marcha segura para desplazamientos por escaleras, pisos irregulares y vías públicas. Hábitos y estilos de vida saludable. Presente conforme a las políticas de su empleador el protocolo de alistamiento diario y Registro de mantenimiento preventivo. Ubíquese en un lugar seguro si requiere manipular elementos bidireccionales. la valoración y conducta entregada se da por cumplimiento a la Resolución 0012336 de 2012 Anexo 1 entregado;
OTRAS OBSERVACIONES
Ninguna
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
ENFASIS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: Este examen Médico ocupacional está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares extremidades y columna, durante su evaluación el trabajador informa la existencia de material de osteosíntesis, generalmente la presencia de este material en el momento de la valoración NO genera riesgos adicionales, pero si el trabajo a realizar implica la exposición a vibraciones segmentarias, movimiento repetitivos intensos y prolongados o movilización de cargas, POSIBLEMENTE pueda generar a futuro posibles SINTOMAS que puedan afectar sus funciones laborales. Se le informa seguir indicaciones entregadas por el especialista en su EPS.
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS AREA DE CONDUCTORES)
Este examen Médico está enfocado en una revisión, buscando patologías activas y durante su evaluación NO se evidenció patología o sintomatología de enfermedades que pudieran generar limitaciones o riesgo para desempeñar su actividad (tarea) de conductor. Los resultados de los exámenes complementarios se encuentran en los parámetros normales.
OBSERVACIÓN AREA DE VACUNACION
Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento no cuenta con vacunación para prevención de infección por sars cov-2, se recomienda iniciar y completar el esquema de vacunación contra el covid-19. se indica cumplir con las medidas generales de bioseguridad

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	ENFASIS EN AREA DE CONDUCTOR, ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	NINGUNA	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	NINGUNO	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10), y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, *las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar* las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

L. J. Morales M.

Diego A Galvis
1042762526

Firma:
Nombre: MORALES MONSALVE JOSE SANDRO
R.M. / TP: 2017060040840 L.S.O. S2017600408402027

Firma:
Nombre: DIEGO ALEJANDRO GALVIS TORRES
Documento: 1042762526

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



IPS NORMEDIC

IPS NORMEDIC SAS
NIT: 901612535-3

CONDUCTOR DE VEHÍCULOS
Certificado de aptitud: 70876427-3640

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	30 ene. 2025 - BELLO	**Tipo de Examen:**	INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	GUILLERMO LEON ARBOLEDA MEDINA	**Identificación:**	70876427
Género	MASCULINO **Edad:** 62	**Teléfono**	**Móvil:** 3117621977
Fecha Nacimiento:	27/9/1962	**Cargo:**	CONDUCTOR
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SURAMERICANA.
Dirección	LA ESTRELLA	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	NO REPORTA
Empresa	CONSORCIO VIAL VG-VNF	**AREA: No Reporta**	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	CONSORCIO VIAL VG-VNF		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (CONDUCTOR)	Ubicado de forma correcta en tiempo, espacio y realidad: se visualiza con recuerdos claros y estables sobre su vida personal y laboral, resalta una comunicacion fluida y coherente , no se visualizan rasgos de alguna patologia mental existente , ni manifestaciones fisicas evidenmtes de alguna alteracion neuronal o cognitiva. sus movimientos son normales y coordinados . LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR EL CANDIDATO EN LAS PRUEBAS PSICOSENSOMETRICAS SON FAVORABLES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
AUDIOMETRIA	PT EVIDENCIA AUDICIÓN NORMAL EN OD Y DISMIBUCIÓN AUDITIVA LEVE EN OI, CON DESCNSO DE LEVE A SEVERO EN GRAVES Y AGUDOS, AL MOMENTO DEL EXAMEN. SE RECOMIENA REALIZAR AUDIOMETRIA CLÍNICA Y VALORACIÓN POR ORL. USO OBLIGATORIO DE DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA. EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO IGUAL O SUPERIOR A LOS 85 DECIBELES, NO SUPERANDO LAS 8 HORAS DIARIAS. INGRESAR AL SVE PERTINENTE DE LA EMPRESA. 1. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
OPTOMETRIA	ALTERACION EN VP SIN ALTERACION
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.. ASISTIR A LAS CAPACITACIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROGRAMADAS POR LA EMPRESA. CARGA Y DESPLAZAMIENTO DE PESO PARA HOMBRES DE 25 KG PARA LEVANTAR Y HASTA 50 KG PARA CARGA Y DESPLAZAMIENTO , DEBE TENER INDUCCION SOBRE MANEJO DE CARGA Y POSICIONES PREVIA REALIZACION DE TAREAS ASIGNADAS. REALICE EJERCICIO MINIMO 3 VECES A LA SEMANA. REPORTAR INCIDENTES O ACCIDENTES DE TRABAJO QUE OCURRAN DEL DESEMPEÑO DE SU LABOR
COLESTEROL TOTAL	PROCESADO
GLICEMIA	PROCESADO
TRIGLICERIDOS	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON PARÁMETROS DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ, PARA SEGURIDAD VIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 0217/2014 DE MIN TRANSPORTE.

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO ACTUALMENTE SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES

Observaciones:

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: 1. CUMPLE CON PARÁMETROS DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ, PARA SEGURIDAD VIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 0217/2014 DE MIN TRANSPORTE.
2. EL PROGRAMA DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN DE LA EMPRESA DEBE INCLUIR CONOCIMIENTO POR LOS TRABAJADORES DE LAS MEDIDAS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD CONVIVIENDO CON LOS FACTORES DE RIESGO, QUE REVERTIRÁ EN DESEMPEÑO SEGURO DE LA OCUPACIÓN.
3. REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES
4. EL TRABAJADOR SIEMPRE UTILIZARÁ LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PERTINENTES PARA REALIZAR EL OFICIO, LOS CUALES DEBEN SER APORTADOS POR EL EMPLEADOR.
5. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, CONDUCTAS ANTISEDENTARIAS, NUTRICIÓN BALANCEADA Y PESO CORPORALADECUADO.
6. CUMPLIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD OCUPACIONAL POR PARTE DEL EMPLEADOR Y DEL EMPLEADO.
7. SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD VIAL
6. VERIFIQUE CONDICIONES DEL VEHICULO PREVIAMENTE AL USO, RESPETE LA NORMAS DE TRANSITO, RECUERDE MANTENER LA DISTANCIA DE SEGURIDAD, USE SIEMPRE EL CINTURON DE SEGURIDAD, RESPETE LOS LIMITES DE VELOCIDAD, EVITE INGERIR ALIMENTOS, NO FUMAR CONDUCIENDO, IDENTIFIQUE CUALQUIER PELIGRO FÍSICO, NO REALICE DESPLAZAMIENTOS DEL VEHICULO CON PUERTAS O COMPUERTAS ABIERTA, NI CON PERSONAL AGARRADO EN ALGUN EXTREMO.
7. INFORME OPORTUNAMENTE CAMBIOS EN SUS CONDICIONES DE SALUD A SUS SUPERVISORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍCAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS.
8. NO CONDUZCA SI HA INGERIDO ALGUN TIPO DE LICOR.
9. SEGUIR ESTRICTAMENTE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DEL SG-SST DE LA EMPRESA.
EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZÓN FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DILIGENCIA ENCUESTA DE ESTADO DE SALUD**

Tipo de Restriccion	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

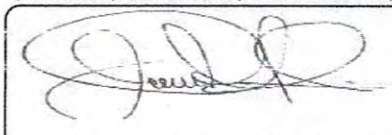
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

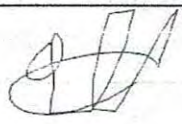
NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2007, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto medico de aptitud laboral. '



Médico Especialista en Salud Laboral
JUAN C ARLOS MOSQUERA IBARGUEN
1020394047 2021060007758





Firma y cédula del Paciente
GUILLERMO LEON ARBOLEDA MEDINA
70876427

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión
(Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

IDENTIFICACION

Orden:	341826	**Documento:**	1038646506
Nombre:	JHON ESTIBEN GAITAN MORENO	**Sexo:**	Masculino
Fecha nacimiento:	2004-09-08	**Edad (años):**	20
Fecha Diligenciamiento examen:	2025-02-22 08:03 am	**Fecha impresión:**	2025-02-24 03:19 pm

Tipo examen:	Ingreso		
Empresa:	CONSTRUCTORA EXCAVACIONES PILAS & ESTRUCTURAS S.A.S	**Empresa en misión:**	
Estado civil:	Soltero	**Hijos:**	1
Departamento:	ANTIOQUIA	**Ciudad:**	Medellín
Dirección:	CLL 47 #2BB 163 BUENOS AIRES	**Barrio:**	BUENOS AIRES
Celular:	3011109223	**Teléfono:**	NO TIENE
Escolaridad:	Secundaria Completa	**Profesión:**	NINGUNA
Oficio:	AYUDANTE	**Actividad Económica:**	CONSTRUCCION
Tipo vinculación Entidad Promotora de Salud (EPS):	Cotizante	**Empresa Promotora de Salud (EPS):**	SALUD TOTAL
Administradora de Riesgos Laborales (ARL):	No sabe	**Administradora del Fondo de Pensiones (AFP):**	PORVENIR S.A.
Nombre del acompañante:	NO APLICA	**Teléfono acompañante:**	NO APLICA
Nombre del responsable:	NO APLICA	**Teléfono responsable:**	NO APLICA
Parentesco responsable:	NO APLICA		

Sr(a). Valeria Villa Echeverry
Registro:
Aprendiz Sena
Cédula de Ciudadanía : 1025762670

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto de aptitud	No Presenta Restricción para Desempeñar el Cargo

Conclusiones y Recomendaciones

NO PRESENTA RESTRICCIÓN PARA EL CARGO
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA SEGÚN LABOR.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL,
RECOMENDACIONES PARA PREVENCIÓN FRENTE AL COVID 19 : aplicar las medidas de protección y prevención que haya dado el gobierno sobre bioseguridad frente al COVID 19 -guardar distancia prudencial de por lo menos dos o más metros con otra persona, lavado frecuente de manos con agua y jabón y/o uso de alcohol glicerinado por lo menos cada 3 horas y después de haber estado en contacto con superficies contaminadas.
Consultar programas de Promoción y Prevención en su EPS de acuerdo a la edad y género. (Resolución 412 Ministerio de Protección).

Incluir el sistema de vigilancia Epidemiológica

Visual	No	**Auditivo**	No
Respiratorio:	No	**Ergonómico:**	No
Químico:	No	**Cardiovascular:**	No
Psicosocial:	No	**Requiere estar en Sistema de Vigilancia Epidemiológica:**	No

RECOMENDACIONES

Programa de Protección Osteomuscular
TRABAJO ESTÁTICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
DINÁMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.

Programa de Protección Respiratorio
USE MASCARILLA O RESPIRADOR CON FILTRO EN CASO DE EXPOSICIÓN A QUÍMICOS O MATERIAL PARTICULADO.
PROTECCIÓN DE VÍAS AÉREAS EN PERSONAS ASMÁTICAS EXPUESTAS A POLVO U OTROS ALERGENOS.

Otros
VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.

RESUMEN DE RESULTADOS

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud

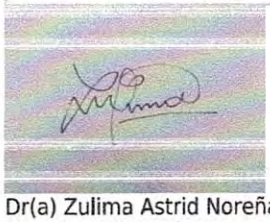
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

Columna y Osteomuscular	Realizado
Examen Físico	Realizado
Órganos y Sentidos	Realizado
Laboratorio : Vacuna Tetano	Realizado



Dr(a) Zulima Astrid Noreña Mosquera
Registro: 66-1371-95
Licencia Salud Ocupacional: 13702 13-02-2024
Medica Especialista en SST
Cédula de Ciudadanía : 39184406

JHON ESTIBEN GAITAN MORENO
Cédula de Ciudadanía : 1038646506

Señor usuario al usted firmar; esta autorizando a Labor y Salud la realización del examen médico, las ayudas diagnósticas con fines laborales y el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la normatividad vigente.

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISIÓN
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATA

NO. CERTIFICADO	1.787.402				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	14/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 71.791.690	**EDAD**	46	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	GARCES VARGAS JORGE IVAN				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	OFICIAL		

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VACUNA TOXOIDE TETANICO - VISIOMETRÍA

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

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - CONTINUAR CAPACITACIONES - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LIMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS - SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN - USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - PROXIMA CITA CON MEDICINA TRAER COPIA H.C ESPECIALISTA, EXAMENES REALIZADOS, DIRECTRICES EMITIDAS - PREVENIR EL USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA O DISPOSITIVOS AUDITIVOS DE INSERCIÓN - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN AUDITIVA - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA - REMISION A ESPECIALISTA EPS, LLEVAR RESULTADO DE AUDIOMETRIA DE 14/02/2025 - NO EXPONERSE A RUIDO >85 DB POR MAS DE 8 HORAS DIA, Y HACER USO ADECUADO DE EPA. - SE HACE ENFASIS EN USO ADECUADO DE ELEMENTO DE PROTECCION AUDITIVA - SE INDICA VALORACIÓN MEDICA

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL EN UN AÑO - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA)

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRIA - CORRECCIÓN OPTICA SOLO PARA VISION CERCANA

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISIÓN
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATA

NO. CERTIFICADO	1.787.402				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	14/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 71.791.690	**EDAD**	46	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	GARCES VARGAS JORGE IVAN				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	OFICIAL		

Autorización de datos personales

Yo, GARCES VARGAS JORGE IVAN, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 71.791.690, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de Medilaboral SAS, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a Medilaboral SAS para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

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

La Política de Tratamiento de Datos Personales de Medilaboral SAS está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

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

En constancia, firmo:

CC. 71.791.690

Profesional

GLORIA MARIA VALENCIA PEREIRA LIC. S.O. 362908

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

IDENTIFICACION

Orden:	341865	**Documento:**	1043963858
Nombre:	JOSE ALFONSO GALBAN VELASQUEZ	**Sexo:**	Masculino
Fecha nacimiento:	2004-09-29	**Edad (años):**	20
Fecha Diligenciamiento examen:	2025-02-24 09:24 am	**Fecha impresión:**	2025-02-24 03:16 pm

Tipo examen:	Ingreso		
Empresa:	CONSTRUCTORA EXCAVACIONES PILAS & ESTRUCTURAS S.A.S	**Empresa en misión:**	
Estado civil:	Soltero	**Hijos:**	0
Departamento:	ANTIOQUIA	**Ciudad:**	Medellín
Dirección:	CRA 24B CLL 56C 38 ENCISO	**Barrio:**	ENCISO
Celular:	3127705389	**Teléfono:**	NO TIENE
Escolaridad:	Secundaria Completa	**Profesión:**	NINGUNA
Oficio:	AYUDANTE	**Actividad Económica:**	CONSTRUCCION
Tipo vinculación Entidad Promotora de Salud (EPS):	Cotizante	**Empresa Promotora de Salud (EPS):**	NUEVA EPS
Administradora de Riesgos Laborales (ARL):	No sabe	**Administradora del Fondo de Pensiones (AFP):**	PORVENIR S.A.
Nombre del acompañante:	NO APLICA	**Teléfono acompañante:**	NO APLICA
Nombre del responsable:	NO APLICA	**Teléfono responsable:**	NO APLICA
Parentesco responsable:	NO APLICA		

Sr(a). Valeria Villa Echeverry
Registro:
Aprendiz Sena
Cédula de Ciudadanía : 1025762670

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud

"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto de aptitud	No Presenta Restricción para Desempeñar el Cargo

Conclusiones y Recomendaciones

Uso adecuado de los elementos de protección personal y seguimiento adecuado de las normas de higiene postural, pausas activas, seguridad y riesgos relacionados con su cargo. No presenta restricciones para el cargo.
Aplicar las medidas de protección y prevención que haya dado el gobierno sobre bioseguridad frente al COVID 19. Los responsables del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa deben definir los Elementos de Protección Personal indicados para la protección personal de acuerdo con la labor
Consultar programas de Promoción y Prevención en su EPS de acuerdo a la edad y género. (Resolución 412 Ministerio de Protección).

Incluir el sistema de vigilancia Epidemiológica

Visual	No	**Auditivo**	No
Respiratorio:	No	**Ergonómico:**	No
Químico:	No	**Cardiovascular:**	No
Psicosocial:	No	**Requiere estar en Sistema de Vigilancia Epidemiológica:**	No

RECOMENDACIONES

Programa de Protección de Ruido
PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA PARA LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
EVITAR EL USO DE AUDÍFONOS.
EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN TIPO DE OTITIS UTILIZAR PROTECCIÓN EXTERNA TIPO COPA.

Programa de Protección Osteomuscular
TRABAJO ESTÁTICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
DINÁMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.

Programa de Protección Respiratorio
USE MASCARILLA O RESPIRADOR CON FILTRO EN CASO DE EXPOSICIÓN A QUÍMICOS O MATERIAL PARTICULADO.
PROTECCIÓN DE VÍAS AÉREAS EN PERSONAS ASMÁTICAS EXPUESTAS A POLVO U OTROS ALERGENOS.

Otros
VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

RESUMEN DE RESULTADOS

Columna y Osteomuscular	Realizado
Examen Físico	Realizado
Órganos y Sentidos	Realizado

Dr(a) Margarita Rocio Ramirez Botero
Registro: 5-0028-97
Licencia Salud Ocupacional: 2021060002958
Médico Especialista Salud Ocupacional
Cédula de Ciudadanía : 43524417

JOSE ALFONSO GALBAN VELASQUEZ
Cédula de Ciudadanía : 1043963858

Señor usuario al usted firmar, esta autorizando a Labor y Salud la realización del examen médico, las ayudas diagnósticas con fines laborales y el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la normatividad vigente.

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISIÓN
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATA

NO. CERTIFICADO	1.796.570				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	25/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.152.694.936	**EDAD**	31	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALVAREZ ALVAREZ JUAN PABLO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA		

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VACUNA TOXOIDE TETANICO - VISIOMETRÍA

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

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS CONTINUAR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO CONTINUAR CAPACITACIONES - CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES - PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID-19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

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

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL EN UN AÑO - CONTROL PERIÓDICO

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

NO USO DE CORRECCION OPTICA

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISIÓN
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATA

NO. CERTIFICADO	1.796.570				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	25/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.152.694.936	**EDAD**	31	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALVAREZ ALVAREZ JUAN PABLO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA		

Autorización de datos personales

Yo, ALVAREZ ALVAREZ JUAN PABLO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.152.694.936, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de Medilaboral SAS, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a Medilaboral SAS para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

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

La Política de Tratamiento de Datos Personales de Medilaboral SAS está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

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

Juan Pablo A.

CC. 1.152.694.936

Profesional

Walter Alain Sánchez V.
Medicina del Trabajo
Especialista en Salud Ocupacional
RM. 1152694936

WALTER ALAIN SANCHEZ VALLEJO - LIC. SO 2022060086805

Ingresemos sas

¡Cuidamos la Salud de Tu Recurso Humano!

NIT 901261532-4
Dirección: Cr 50 A # 58 - 69 Prado Centro
Teléfonos: 311 777 6767 - 322 307 3618
Mail: contacto@ingresemos.com
facturacioningresemos@gmail.com
www.ingresemos.com
Medellín, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 41.819

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	02 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ARGEON S.A.S	ARGEON S.A.S

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
VALDES VALDES JUAN CARLOS	MASCULINO	34 AÑOS 10 MESES 6 DIAS	CC (Tipo)	1051820857 (Número)

Cargo
AYUDANTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO O LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN AUDIOMETRIA TAMIZ	✓	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓
VISIOMETRIA OCUPACIONAL TAMIZ	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

INGRESA USUARIO PARA EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA TAMIZ PARA EL CARGO
DE AYUDANTE
SIN COMORBILIDADES DE IMPORTANCIA.
ASINTOMATICO RESPIRATORIO Y GASTROINTESTINAL EN LOS ULTIMOS 8 DIAS.
EXAMEN FISICO SIN HALLAZGOS A DESTACAR. VALORACION OSTEOMUSCULAR NORMAL.
AUDIOMETRIA AUDICION NORMAL BILATERAL
VALORACION VISIOMETRICA: AGUDEZA VISUAL NORMAL BILATERAL.
MOTILIDAD OCULAR: NORMAL
EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO SATISFACTORIO, SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR A DESEMPEÑAR.
SE DA RECOMENDACIONES EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE.
EL PRESENTE CONCEPTO DE APTITUD SE EMITE CON BASE EN LOS HALLAZGO ENCONTRADOS EN LA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA EL DÍA DE HOY Y CON BASE EN LA INFORMACIÓN APORTADA POR EL TRABAJADOR Y/O POR LA EMPRESA CONTRATANTE

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 mi 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		Aspirante o Trabajador	
Firma:		Firma:	
Nombre: MARIN TOBON GERARDO ANDRES		Nombre: VALDES VALDES JUAN CARLOS	
R. M.: 5224306 L.S.O.: 2020060125953	Código de Seguridad E882K1Q41819	CC: 1051820857	

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

IDENTIFICACION

Orden:	341911	**Documento:**	1045492295
Nombre:	KEINER DAVID RODRIGUEZ REYES	**Sexo:**	Masculino
Fecha nacimiento:	2005-03-21	**Edad (años):**	19
Fecha Diligenciamiento examen:	2025-02-25 08:36 am	**Fecha impresión:**	2025-02-25 11:42 am

Tipo examen:	Ingreso		
Empresa:	CONSTRUCTORA EXCAVACIONES PILAS & ESTRUCTURAS S.A.S	**Empresa en misión:**	
Estado civil:	Unión Libre	**Hijos:**	0
Departamento:	ANTIOQUIA	**Ciudad:**	Medellín
Dirección:	CAICEDO VILLATINA NO REFIERE DIRECCION	**Barrio:**	CAICEDO VILLATINA
Celular:	3045545781	**Teléfono:**	NO TIENE
Escolaridad:	Primaria Incompleta	**Profesión:**	NINGUNA
Oficio:	AYUDANTE	**Actividad Económica:**	CONSTRUCCION
Tipo vinculación Entidad Promotora de Salud (EPS):	Cotizante	**Empresa Promotora de Salud (EPS):**	NUEVA EPS
Administradora de Riesgos Laborales (ARL):	No sabe	**Administradora del Fondo de Pensiones (AFP):**	PORVENIR S.A.
Nombre del acompañante:	NO APLICA	**Teléfono acompañante:**	NO APLICA
Nombre del responsable:	NO APLICA	**Teléfono responsable:**	NO APLICA
Parentesco responsable:	NO APLICA		

Sr(a). Angie Vanesa Vivares M uriel
Registro:
Recepcion
Cédula de Ciudadanía : 1000569990

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto de aptitud	No Presenta Restricción para Desempeñar el Cargo

Conclusiones y Recomendaciones

- SI VA A LABORAR EN ALTURAS, PILAS O ESPACIOS CONFINADOS, DEBE REALIZARSE LOS EXÁMENES CORRESPONDIENTES Y EL RESPECTIVO CURSO
- SI LABORA EXPUESTO A RUIDO, SE RECOMIENDA AUDIOMETRÍA
- USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA
- IMPLEMENTAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
- RECOMENDACIONES PARA PREVENIR CONTAGIO POR SARS COV2:

Capacitar a los trabajadores en aspectos relacionados con la forma de transmisión del COVID- 19 y las maneras de prevenirlo, siguiendo los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
Hay que asegurar que se cumplan las disposiciones y recomendaciones de las autoridades de salud con relación a la prevención del contagio por SARS Cov2.

Consultar programas de Promoción y Prevención en su EPS de acuerdo a la edad y género. (Resolución 412 Ministerio de Protección).

Incluir el sistema de vigilancia Epidemiológica

Visual	No	**Auditivo**	No
Respiratorio:	No	**Ergonómico:**	No
Químico:	No	**Cardiovascular:**	No
Psicosocial:	No	**Requiere estar en Sistema de Vigilancia Epidemiológica:**	No

RECOMENDACIONES

Programa de Protección de Ruido
PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA PARA LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
EVITAR EL USO DE AUDÍFONOS.
EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN TIPO DE OTITIS UTILIZAR PROTECCIÓN EXTERNA TIPO COPA.

Programa de Protección Osteomuscular
TRABAJO ESTÁTICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
DINÁMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.

Programa de Protección Respiratorio

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud

"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teletono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

USE MASCARILLA O RESPIRADOR CON FILTRO EN CASO DE EXPOSICIÓN A QUÍMICOS O MATERIAL PARTICULADO.
PROTECCIÓN DE VÍAS AÉREAS EN PERSONAS ASMÁTICAS EXPUESTAS A POLVO U OTROS ALERGENOS.

Otros
VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.

RESUMEN DE RESULTADOS

Columna y Osteomuscular	Realizado
Examen Físico	Realizado
Órganos y Sentidos	Realizado
Laboratorio : Vacuna Tetano	Realizado



Dr(a) Juan Carlos Lambraño Vergara
Registro: 5-1006
Licencia Salud Ocupacional: 2024060018849
Medico Especialista SST
Cédula de Ciudadanía : 71688564

KEINER DAVID RODRIGUEZ REYES
Cédula de Ciudadanía : 1045492295

Señor usuario al usted firmar; esta autorizando a Labor y Salud la realización del examen médico, las ayudas diagnósticas con fines laborales y el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la normatividad vigente.

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISIÓN
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATA

NO. CERTIFICADO	1.796.571				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	25/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 70.166.986	**EDAD**	44	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	CIRO NARANJO LUIS ALBERTO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA		

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VISIOMETRÍA

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

OBSERVACIONES

CONSULTAR CON OTORRINOLARINGOLOGIA EN SU ENTIDAD DE SALUD

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - CONTINUAR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - CONTINUAR CAPACITACIONES - CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN AUDITIVA - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL - PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID-19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL EN UN AÑO - CONTROL PERIÓDICO - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA)

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRIA

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISIÓN
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATA

NO. CERTIFICADO	1.796.571				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	25/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 70.166.986	**EDAD**	44	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	CIRO NARANJO LUIS ALBERTO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA		

Autorización de datos personales

Yo, CIRO NARANJO LUIS ALBERTO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 70.166.986, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de Medilaboral SAS, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a Medilaboral SAS para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

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

La Política de Tratamiento de Datos Personales de Medilaboral SAS está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

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

En constancia, firmo:

Luis Alberto Cn

CC. 70.166.986

Profesional

Walter Alain Sánchez V.
Médico Laboral
Especialista Salud Ocupacional
RM. 20226008680

WALTER ALAIN SANCHEZ VALLEJO - LIC. SO 20220600868O5

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

IDENTIFICACION

Orden:	341764	**Documento:**	1020464269
Nombre:	ROBINSON ALEJANDRO BUSTAMANTE BALLESTEROS	**Sexo:**	Masculino
Fecha nacimiento:	1994-11-09	**Edad (años):**	30
Fecha Diligenciamiento examen:	2025-02-21 08:32 am	**Fecha impresión:**	2025-02-24 03:22 pm

Tipo examen:	Ingreso		
Empresa:	CONSTRUCTORA EXCAVACIONES PILAS & ESTRUCTURAS S.A.S	**Empresa en misión:**	
Estado civil:	Unión Libre	**Hijos:**	1
Departamento:	ANTIOQUIA	**Ciudad:**	Medellín
Dirección:	CRA 79A #107A 31 SANRANDER	**Barrio:**	SANTANDER
Celular:	3003268385	**Teléfono:**	NO TIENE
Escolaridad:	Secundaria Incompleta	**Profesión:**	NINGUNA
Oficio:	OFICIAL	**Actividad Económica:**	CONSTRUCCION
Tipo vinculación Entidad Promotora de Salud (EPS):	Cotizante	**Empresa Promotora de Salud (EPS):**	SALUD TOTAL
Administradora de Riesgos Laborales (ARL):	No sabe	**Administradora del Fondo de Pensiones (AFP):**	PORVENIR S.A.
Nombre del acompañante:	NO APLICA	**Teléfono acompañante:**	NO APLICA
Nombre del responsable:	NO APLICA	**Teléfono responsable:**	NO APLICA
Parentesco responsable:	NO APLICA		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

Sr(a). Valeria Villa Echeverry
Registro:
Aprendiz Sena
Cédula de Ciudadanía : 1025762670

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto de aptitud	No Presenta Restricción para Desempeñar el Cargo

Conclusiones y Recomendaciones

NO PRESENTA RESTRICCIÓN PARA EL CARGO , PARA LABORAR A NIVEL DEL PISO, A NIVEL DEL SUELO Y ALTURAS QUE NO SUPEREN 2 METROS, NO PRESENTA COMORBILIDADES DE RIESGO PARA EL COVID 19, UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA SEGÚN LABOR, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL, RECOMENDACIONES PARA PREVENCIÓN FRENTE AL COVID 19: Aplicar las medidas de protección y prevención que haya dado el gobierno sobre bioseguridad frente al COVID 19- siguiendo los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Los responsables del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa deben definir los Elementos de Protección Personal indicados para la protección personal de acuerdo con la labor.
Consultar programas de Promoción y Prevención en su EPS de acuerdo a la edad y género. (Resolución 412 Ministerio de Protección).

Incluir el sistema de vigilancia Epidemiológica

Visual	No	**Auditivo**	No
Respiratorio:	No	**Ergonómico:**	No
Químico:	No	**Cardiovascular:**	No
Psicosocial:	No	**Requiere estar en Sistema de Vigilancia Epidemiológica:**	No

RECOMENDACIONES

Programa de Protección Cardiovascular y Metabólica
CONSULTAR NUTRICIONISTA.
ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA MÍNIMO 1/2 HORA.
INGRESAR AL PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LA EMPRESA.

Programa de Protección de Ruido
PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA PARA LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
EVITAR EL USO DE AUDÍFONOS.
EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN TIPO DE OTITIS UTILIZAR PROTECCIÓN EXTERNA TIPO COPA.

Programa de Protección Osteomuscular

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

TRABAJO ESTÁTICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
DINÁMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.

Programa de Protección Respiratorio
USE MASCARILLA O RESPIRADOR CON FILTRO EN CASO DE EXPOSICIÓN A QUÍMICOS O MATERIAL PARTICULADO.
PROTECCIÓN DE VÍAS AÉREAS EN PERSONAS ASMÁTICAS EXPUESTAS A POLVO U OTROS ALERGENOS.

Otros
VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.

RESUMEN DE RESULTADOS

Columna y Osteomuscular	Realizado
Examen Físico	Realizado
Órganos y Sentidos	Realizado
Laboratorio : Vacuna Tetano	Realizado

Henry Diaz Aguilar
Registro: 5-2092-03
Licencia Salud Ocupacional: 2023060085410
Médico especialista en Salud Ocupacional
Cédula de Ciudadanía : 73166985

ROBINSON ALEJANDRO BUSTAMANTE BALLESTEROS
Cédula de Ciudadanía : 1020464269

Señor usuario al usted firmar; esta autorizando a Labor y Salud la realización del examen médico, las ayudas diagnósticas con fines laborales y el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la normatividad vigente.

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISIÓN
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATA

NO. CERTIFICADO	1.787.414				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	14/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.037.598.908	**EDAD**	36	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	MEJIA USUGA URIEL DE JESUS				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	OFICIAL		

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VACUNA TOXOIDE TETANICO - VISIOMETRÍA

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

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - CONTINUAR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - CONTINUAR CAPACITACIONES - CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES - PACIENTES SIN EVIDENCIA DE CONDICIÓN DE RIESGO COVID-19

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

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

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA)

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

NO USO DE CORRECCION OPTICA

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISIÓN
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS A CAMBIO DE UNA RETRIBUCIÓN O POR CONTRATA

NO. CERTIFICADO	1.787.414				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	14/02/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.037.598.908	**EDAD**	36	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	MEJIA USUGA URIEL DE JESUS				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	OFICIAL		

Autorización de datos personales

Yo, MEJIA USUGA URIEL DE JESUS, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.037.598.908, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de Medilaboral SAS, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a Medilaboral SAS para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

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

La Política de Tratamiento de Datos Personales de Medilaboral SAS está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

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

En constancia, firmo:

URIEL

CC. 1.037.598.908

Profesional

Walter Alain Sánchez V.
Médico Especialista en Salud Ocupacional
RM 0000

WALTER ALAIN SANCHEZ VALLEJO - LIC. SO 2022060086805

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión
(Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

IDENTIFICACION

Orden:	341785	**Documento:**	1045528480
Nombre:	WILFREDY HERNANDEZ RIVAS	**Sexo:**	Masculino
Fecha nacimiento:	1999-08-21	**Edad (años):**	25
Fecha Diligenciamiento examen:	2025-02-21 12:53 pm	**Fecha impresión:**	2025-02-24 03:21 pm

Tipo examen:	Ingreso		
Empresa:	CONSTRUCTORA EXCAVACIONES PILAS & ESTRUCTURAS S.A.S	**Empresa en misión:**	
Estado civil:	Casado	**Hijos:**	1
Departamento:	ANTIOQUIA	**Ciudad:**	Medellín
Dirección:	CAICEDO NO REFIERE DIRECCION	**Barrio:**	CAICEDO
Celular:	3147827301	**Teléfono:**	NO TIENE
Escolaridad:	Secundaria Completa	**Profesión:**	NINGUNA
Oficio:	AYUDANTE	**Actividad Económica:**	CONSTRUCCION
Tipo vinculación Entidad Promotora de Salud (EPS):	Cotizante	**Empresa Promotora de Salud (EPS):**	SURA EPS
Administradora de Riesgos Laborales (ARL):	No sabe	**Administradora del Fondo de Pensiones (AFP):**	NINGUNA
Nombre del acompañante:	NO APLICA	**Teléfono acompañante:**	NO APLICA
Nombre del responsable:	NO APLICA	**Teléfono responsable:**	NO APLICA
Parentesco responsable:	NO APLICA		

Sr(a). Angie Vanesa Vivares M uriel
Registro:
Recepcion
Cédula de Ciudadanía : 1000569990

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

CONCEPTO DE APTITUD

Concepto de aptitud	No Presenta Restricción para Desempeñar el Cargo

Conclusiones y Recomendaciones

NO PRESENTA RESTRICCIÓN PARA EL CARGO
NO PRESENTA COMORBILIDADES DE RIESGO PARA EL COVID 19,
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA SEGÚN LABOR,
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL,
No presenta sintomatología para el SARS Cov2.
IMPLEMENTAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE
RECOMENDACIONES PARA PREVENIR CONTAGIO POR SARS COV2:
Capacitar a los trabajadores en aspectos relacionados con la forma de transmisión del COVID- 19 y las maneras de prevenirlo, siguiendo los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
Hay que asegurar que se cumplan las disposiciones y recomendaciones de las autoridades de salud con relación a la prevención del contagio por SARS Cov2.

Consultar programas de Promoción y Prevención en su EPS de acuerdo a la edad y género. (Resolución 412 Ministerio de Protección).

Incluir el sistema de vigilancia Epidemiológica

Visual	No	**Auditivo**	No
Respiratorio:	No	**Ergonómico:**	No
Químico:	No	**Cardiovascular:**	No
Psicosocial:	No	**Requiere estar en Sistema de Vigilancia Epidemiológica:**	No

RECOMENDACIONES

Programa de Protección Cardiovascular y Metabólica
CONSULTAR NUTRICIONISTA.
ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA MÍNIMO 1/2 HORA.
INGRESAR AL PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LA EMPRESA.

Programa de Protección Osteomuscular
TRABAJO ESTÁTICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
DINÁMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

L&S Labor y Salud
"Su aliado en Salud Ocupacional"

Nit. 900.408.802 - 8
Código Prestador: 05001-11831
Calle 44 # 51 - 21 piso 3
Teléfono: 448 12 66
Medellín-Colombia



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO USANDO EL CÓDIGO QR. Su alteración o falsificación es castigada con prisión (Código Penal - Ley 9 - Art. 240, 242, 243)

Otros
VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.

RESUMEN DE RESULTADOS

Columna y Osteomuscular	Realizado
Examen Físico	Realizado
Órganos y Sentidos	Realizado
Laboratorio : Vacuna Tetano	Realizado

Dr(a) ELADIO JAIME GARCIA VERGARA
Registro: 5-0032-96
Licencia Salud Ocupacional: 2023060004977
Medico especialista en SST
Cédula de Ciudadanía : 71667243

WILFREDY HERNANDEZ RIVAS
Cédula de Ciudadanía : 1045528480

Señor usuario al usted firmar; esta autorizando a Labor y Salud la realización del examen médico, las ayudas diagnósticas con fines laborales y el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la normatividad vigente.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



IPS NORMEDIC

IPS NORMEDIC SAS
NIT: 901612535-3

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1036627560-3848

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	05 feb. 2025 - BELLO	**Tipo de Examen:**	INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	JOHN WILLIAM ESTRADA RESTREPO	**Identificación:**	1036627560
Género	MASCULINO **Edad:** 35	**Teléfono**	**Móvil:** 3007778882
Fecha Nacimiento:	17/1/1990	**Cargo:**	CONDUCTOR
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SURAMERICANA.
Dirección	ITAGUI	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	CONSORCIO VIAL VG-VNF	**AREA: No Reporta**	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	CONSORCIO VIAL VG-VNF		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (CONDUCTOR)	Ubicado de forma correcta en tiempo, espacio y realidad: se visualiza con recuerdos claros y estables sobre su vida personal y laboral, resalta una comunicacion fluida y coherente , no se visualizan rasgos de alguna patologia mental existente , ni manifestaciones fisicas evidenmtes de alguna alteracion neuronal o cognitiva.sus movimientos son normales y coordinados . LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR EL CANDIDATO EN LAS PRUEBAS PSICOSENSOMETRICAS SON FAVORABLES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.
AUDIOMETRIA	PTA EVIDENCIA AUDICIÓN NORMAL EN OI Y DISMINUCIÓN AUDITIVA LEVE EN OD, CON DESCENSO DE LEVE A SEVERO EN GRAVES Y AGUDOS, AL MOMENTO DEL EXAMEN. SE RECOMIENA REALIZAR AUDIOMETRIA CLÍNICA Y VALORACIÓN POR ORL. USO OBLIGATORIO DE DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA. EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO IGUAL O SUPERIOR A LOS 85 DECIBELES, NO SUPERANDO LAS 8 HORAS DIARIAS. INGRESAR AL SVE PERTINENTE DE LA EMPRESA. 1. CONTROL ANUAL, 2. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
OPTOMETRIA	SIN ALTERACIONES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.. ASISTIR A LAS CAPACITACIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROGRAMADAS POR LA EMPRESA. CARGA Y DESPLAZAMIENTO DE PESO PARA HOMBRES DE 25 KG PARA LEVANTAR Y HASTA 50 KG PARA CARGA Y DESPLAZAMIENTO , DEBE TENER INDUCCION SOBRE MANEJO DE CARGA Y POSICIONES PREVIA REALIZACION DE TAREAS ASIGNADAS. REPORTAR INCIDENTES O ACCIDENTES DE TRABAJO QUE OCURRAN DEL DESEMPEÑO DE SU LABOR, ALTERACION AUDITIVA QUE REQUIERE VALORACION Y MANEJO EN EPS , USO DE PROTECCION AUDITIVA EN JORNADA LABORAL, PARA EXPOSICION A RUIDO SUPERIOR A 85 DB USAR DOBLE PROTECCION AUDITIVA.
COLESTEROL TOTAL	PROCESADO
GLICEMIA	PROCESADO
TRIGLICERIDOS	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON PARÁMETROS DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ, PARA SEGURIDAD VIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 0217/2014 DE MIN TRANSPORTE.
PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO ACTUALMENTE SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES

Observaciones:

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: 1. CUMPLE CON PARÁMETROS DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ, PARA SEGURIDAD VIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 0217/2014 DE MIN TRANSPORTE.
2. EL PROGRAMA DE INDUCCIÓN/REINDUCCIÓN DE LA EMPRESA DEBE INCLUIR CONOCIMIENTO POR LOS TRABAJADORES DE LAS MEDIDAS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD CONVIVIENDO CON LOS FACTORES DE RIESGO, QUE REVERTIRÁ EN DESEMPEÑO SEGURO DE LA OCUPACIÓN.
3. REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES
4. EL TRABAJADOR SIEMPRE UTILIZARÁ LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PERTINENTES PARA REALIZAR EL OFICIO, LOS CUALES DEBEN SER APORTADOS POR EL EMPLEADOR.
5. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, CONDUCTAS ANTISEDENTARIAS, NUTRICIÓN BALANCEADA Y PESO CORPORALADECUADO.
6. CUMPLIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD OCUPACIONAL POR PARTE DEL EMPLEADOR Y DEL EMPLEADO.
7. SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD VIAL
6. VERIFIQUE CONDICIONES DEL VEHICULO PREVIAMENTE AL USO, RESPETE LA NORMAS DE TRANSITO, RECUERDE MANTENER LA DISTANCIA DE SEGURIDAD, USE SIEMPRE EL CINTURON DE SEGURIDAD, RESPETE LOS LIMITES DE VELOCIDAD, EVITE INGERIR ALIMENTOS, NO FUMAR CONDUCIENDO, IDENTIFIQUE CUALQUIER PELIGRO FÍSICO, NO REALICE DESPLAZAMIENTOS DEL VEHICULO CON PUERTAS O COMPUERTAS ABIERTA, NI CON PERSONAL AGARRADO EN ALGUN EXTREMO.
7. INFORME OPORTUNAMENTE CAMBIOS EN SUS CONDICIONES DE SALUD A SUS SUPERVISORES. CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍCAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS.
8. *NO CONDUZCA SI HA INGERIDO ALGUN TIPO DE LICOR.*
9. SEGUIR ESTRICTAMENTE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DEL SG-SST DE LA EMPRESA.
EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZÓN FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DILIGENCIA ENCUESTA DE ESTADO DE SALUD**

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

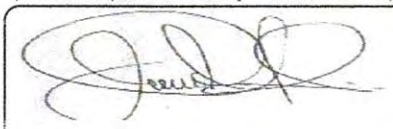
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

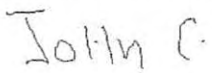
NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS para que le dé el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2007, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto medico de aptitud laboral. '



Médico Especialista en Salud Laboral
JUAN C ARLOS MOSQUERA IBARGUEN
1020394047 2021060007758





Firma y cédula del Paciente
JOHN WILLIAM ESTRADA RESTREPO
1036627560

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1044907647-406897

Fecha y Lugar: 8/02/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante: CONSTRUCTORA D.M.P S.A.S.
NIT: 901388313
Empresa en Misión: -
Dirección: CL 52 N 52-11 OF 512
Teléfono: 3225889550 - 3225889550
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: construccionesdmp@hotmail.com

Actividad Económica: Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.
Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: WILLINTON DANIEL SIMANCAS DEARCO
Género: MASCULINO **Edad:** 21
Fecha y Lugar de Nacimiento: 15/02/2003 ARJONA
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: DNCISO MEDELLIN
ARL: SURA
Identificación: 1044907647
Teléfono: 3163787455
Cargo: AYUDANTE
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
AFP: COLPENSIONES
Rh: RH A+
Móvil:

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .
NOTA ADICIONAL: ESTE CERTIFICADO, NO AUTORIZA PARA TRABAJOS EN ALTURAS. SI VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS DEBE REALIZARSE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS Y RECIBIR LA CAPACITACIÓN ADECUADA.
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJOS EN ALTURAS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
VACUNA TETANO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

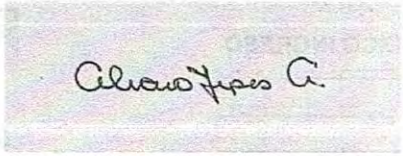
'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.





Médico Especialisa en Salud Laboral
ALVARO DE JESUS YEPES ALVAREZ
2019060432521 -



Firma y cédula del Paciente
WILLINTON DANIEL SIMANCAS DEARCO
1044907647

CONSORCIO
VIAL VG-VNF

ANEXO
ENTREGA Y REPOSICION DE EPP

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: ARGEON

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Juan Carlos Valdes V con Cedula nº 1051820857

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Camisa	1	Fecha 1 6/02/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha1 6/02/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 06/02/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 06/02/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma