IPS FISIO HEALTH

SEÑOR : EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS
NIT: 900387393-5

DEBE A: FISIO HEALTH S.A.S
NIT:900.790.887-9

por concepto de atencion a los trabajadores enviados por ustedes durante el mes -FEBRERO 2025

N°	NOMBRE	IDENTIFICACION	EXAMENES REALIZADOS	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	CARLOS ALBERTO CARDOZO LONDOÑO	10186400	INGRESO OSTEOMUSCULAR	$ 57.000	$ 131.000
			AUDIOMETRIA	$ 37.000	
			VISIOMETRIA	$ 37.000	
2	DANIEL SERNA	10176163	INGRESO OSTEOMUSCULAR ENFASIS EN ALTURAS	$ 205.000	$ 205.000
			AUDIOMETRIA		
			VISIOMETRIA		
			COLESTEROL TOTAL		
			TRIGLICERIDOS		
			GLICEMIA		
3	SEBASTIAN HERNANDEZ PARADA	1073327124	INGRESO OSTEOMUSCULAR	$ 57.000	$ 131.000
			AUDIOMETRIA	$ 37.000	
			VISIOMETRIA	$ 37.000	
4	TRINO LOZANO RONDON	14271859	INGRESO OSTEOMUSCULAR	$ 57.000	$ 131.000
			AUDIOMETRIA	$ 37.000	
			VISIOMETRIA	$ 37.000	
5	JHON FREDY GARZON SANCHEZ	1054551746	INGRESO OSTEOMUSCULAR	$ 57.000	$ 131.000
			AUDIOMETRIA	$ 37.000	
			VISIOMETRIA	$ 37.000	
6	ALBERTO BETANCUR MARIN	8120301	INGRESO OSTEOMUSCULAR	$ 57.000	$ 131.000
			AUDIOMETRIA	$ 37.000	
			VISIOMETRIA	$ 37.000	
7	JAIRO BOTERO	10177207	INGRESO OSTEOMUSCULAR	$ 57.000	$ 131.000
			AUDIOMETRIA	$ 37.000	
			VISIOMETRIA	$ 37.000	
8	LUIS GERARDO BERMUDE URIBE	1417219	INGRESO OSTEOMUSCULAR	$ 57.000	$ 131.000
			AUDIOMETRIA	$ 37.000	
			VISIOMETRIA	$ 37.000	
9	AQUILINO UBAQUE BARRERA	15945171	INGRESO OSTEOMUSCULAR	$ 57.000	$ 131.000
			AUDIOMETRIA	$ 37.000	
			VISIOMETRIA	$ 37.000	
10	MARIO FERNANDO ACUÑA MORALES	10179438	INGRESO OSTEOMUSCULAR	$ 57.000	$ 57.000
11	LUIS LIBARDO RUBIO LUNA	10173535	INGRESO OSTEOMUSCULAR	$ 57.000	$ 131.000
			AUDIOMETRIA	$ 37.000	
			VISIOMETRIA	$ 37.000	
12	JOSE ARMANDO GUZMAN MONTERO	1298422	INGRESO OSTEOMUSCULAR	$ 57.000	$ 131.000
			AUDIOMETRIA	$ 37.000	
			VISIOMETRIA	$ 37.000	
13	JOSE ALEJANDRO RESTREPO LEOPARDO	1007140686	INGRESO OSTEOMUSCULAR	$ 57.000	$ 131.000
			AUDIOMETRIA	$ 37.000	
			VISIOMETRIA	$ 37.000	
14	VANESSA MONTERO TOVAR	1054562121	INGRESO OSTEOMUSCULAR	$ 57.000	$ 131.000
			AUDIOMETRIA	$ 37.000	
			VISIOMETRIA	$ 37.000	
			VALOR TOTAL:	**$ 1.834.000**	**$ 1.834.000**

IPS FISIO HEALTH
Su Salud en nuestras manos

FISIO HEALTH S.A.S
NIT. 900790887-9
Calle 12 # 2-66-68, Barrio Centro, La Dorada - Caldas
Cel. 3162300856 - E-mail. fisiohealth.ips@gmail.com
www.fisiohealth.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.968

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	02 MES	2025 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR

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

EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.
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)

GUZMAN MONTERO JOSE ARMANDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	43 AÑOS 2 MESES 1 DÍAS	CC	1298422
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
SUPERVISOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR INGRESO	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : POR ALTERACION NUTRICIONAL		HÁBITOS SALUDABLES
		CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Dr. Alexander Pulido
Especialista Salud Ocupacional

Nombre: PULIDO MONCADA JEISSON ALEXANDER

R. M.: 270946 L.S.O.: 12289

Código de Seguridad
I1124O1U16968

Aspirante o Trabajador

Firma: Armando G.

Nombre: GUZMAN MONTERO JOSE ARMANDO

CC: 1298422

IPS FISIO HEALTH
Su Salud en nuestras manos

FISIO HEALTH S.A.S
NIT. 900790887-9
Calle 12 # 2-66-68, Barrio Centro, La Dorada - Caldas
Cel. 3162300856 - E mail. fisiohealth.ips@gmail.com
www.fisiohealth.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.956

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	02 MES	2025 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR

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

EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.
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)

HERNANDEZ PARADA SEBASTIAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	28 AÑOS 7 MESES 7 DÍAS	CC	1073327124
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
FONTANERO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APLAZADO

Observaciones: *NO APLICA*

NO CUMPLE	ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR INGRESO ✓	VISIOMETRÍA ✓
AUDIOMETRÍA ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : ALTERACION OSTEOMUSCULAR DE RODILLA. ALTERACION NUTRICIONAL. HALLAZGO DE PARED ABDOMINAL	SVE OSTEOMUSCULAR	HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE CON ALTERACIÓN AGUDA DE RODILLA DERECHA EN TRATAMIENTO ACTUAL POR LO CUAL SE INDICA APLAZAMIENTO DE CONCEPTO HASTA VALORACIÓN POR ESPECIALISTA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON

R. M.: 10188389 **L.S.O.:** 11909

Código de Seguridad
D1124J1P16956

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: HERNANDEZ PARADA SEBASTIAN

CC: 1073327124

IPS FISIO HEALTH
Su Salud en nuestras manos

FISIO HEALTH S.A.S
NIT. 900790887-9
Calle 12 # 2-66-68, Barrio Centro, La Dorada - Caldas
Cel. 3162300856 - E-mail. fisiohealth.ips@gmail.com
www.fisiohealth.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.958

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	02 MES	2025 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.

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	
LOZANO RONDON TRINO	MASCULINO	59 AÑOS 7 MESES 5 DÍAS	Tipo: CC	Número: 14271859

Cargo
FONTANERO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR INGRESO ✓	VISIOMETRÍA ✓
AUDIOMETRÍA ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : ADECUADO CON EL USO DE CORRECCION VISUAL	USO DE EPP	
VALORACIÓN POR EPS : POR ALTERACION EN PARED ABDOMINAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Dr. Alexander Pulido
Especialista Salud Ocupacional

Nombre: PULIDO MONCADA JEISSON ALEXANDER

R. M.: 270946 L.S.O.: 12289

Código de Seguridad
C1124I1O16958

Aspirante o Trabajador

Firma: Trino Lozano R

Nombre: LOZANO RONDON TRINO

CC: 14271859

IPS FISIO HEALTH
Su Salud en nuestras manos

FISIO HEALTH S.A.S
NIT. 900790887-9
Calle 12 # 2-66-68, Barrio Centro, La Dorada - Caldas
Cel. 3162300856 - E-mail. fisiohealth.ips@gmail.com
www.fisiohealth.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.980

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	02 MES	2025 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.

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	
MONTERO TOVAR VANESSA	FEMENINO	30 AÑOS 2 MESES 29 DÍAS	CC (Tipo)	1054562121 (Número)

Cargo
OPERARIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR INGRESO ✓	VISIOMETRÍA ✓
AUDIOMETRÍA ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		HABITOS SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON

R. M.: 10188389 L.S.O.: 11909

Código de Seguridad
O1124U1A16980

Aspirante o Trabajador

Firma: Vanessa MT.

Nombre: MONTERO TOVAR VANESSA

CC: 1054562121

IPS FISIO HEALTH
Su Salud en nuestras manos

FISIO HEALTH S.A.S
NIT. 900790887-9
Calle 12 # 2-66-68, Barrio Centro, La Dorada - Caldas
Cel. 3162300856 - E-mail. fisiohealth.ips@gmail.com
www.fisiohealth.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.982

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	02 MES	2025 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR

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

EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.
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)

RESTREPO LEOPARDO JOSE ALEJANDRO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	24 AÑOS 2 MESES 28 DÍAS	CC	1007140686
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR INGRESO	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : ALTERACION NUTRICIONAL . HALLAZGO EN PARED ABDOMINAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON

R. M.: 10188389 L.S.O.: 11909

Código de Seguridad
C1124I1O16982

Aspirante o Trabajador

Firma: Alejandro Restrepo

Nombre: RESTREPO LEOPARDO JOSE ALEJANDRO

CC: 1007140686

IPS FISIO HEALTH
Su Salud en nuestras manos

FISIO HEALTH S.A.S
NIT. 900790887-9
Calle 12 # 2-66-68, Barrio Centro, La Dorada - Caldas
Cel. 3162300856 - E-mail. fisiohealth.ips@gmail.com
www.fisiohealth.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.966

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	02 MES	2025 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.

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	
RUBIO LUNA LUIS LIBARDO	MASCULINO	58 AÑOS 1 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	10173535 (Número)

Cargo
GUADAÑADOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR INGRESO	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : ACTUALIZAR LA FORMULA DE LOS LENTES DE CORRECCION VISUAL	USO DE EPP	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Dr. Alexander Pulido
Especialista Salud Ocupacional

Firma:

Nombre: PULIDO MONCADA JEISSON ALEXANDER

R. M.: 270946 L.S.O.: 12289

Código de Seguridad
U1124A1G16966

Aspirante o Trabajador

Firma: Libardo

Nombre: RUBIO LUNA LUIS LIBARDO

CC: 10173535

IPS FISIO HEALTH
Su Salud en nuestras manos

FISIO HEALTH S.A.S
NIT. 900790887-9
Calle 12 # 2-66-68, Barrio Centro, La Dorada - Caldas
Cel. 3162300856 - E mail. fisiohealth.ips@gmail.com
www.fisiohealth.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.954

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	02 MES	2025 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.
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)

SERNA DANIEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	59 AÑOS 3 MESES 0 DÍAS	CC	10176163
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
MOTOSIERRISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *TRABAJAR CON LENTES*

CUMPLE	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
CUMPLE	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

VALORACION OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR CON TRABAJO SEGURO EN ALTURA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : ALTERACION EN LA REFRACCION	SVE VISUAL	HABITOS SALUDABLES
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON

R. M.: 10188389 L.S.O.: 11909

Código de Seguridad
A1124G1M16954

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SERNA DANIEL

CC: 10176163

IPS FISIO HEALTH
Su Salud en nuestras manos

FISIO HEALTH S.A.S
NIT. 900790887-9
Calle 12 # 2-66-68, Barrio Centro, La Dorada - Caldas
Cel. 3162300856 - E-mail. fisiohealth.ips@gmail.com
www.fisiohealth.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.978

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	02 MES	2025 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR

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

EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.
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)

UBAQUE BARRERA AQUILINO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	58 AÑOS 8 MESES 18 DÍAS	CC	15945171
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
FONTANERO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PRESENTA RESTRICCIONES EN ALGUNAS TAREAS O ACTIVIDADES

Observaciones: *NO APLICA*

NO CUMPLE	ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
PUEDE REALIZAR TAREAS DE SU TRABAJO EVITANDO MOVIMIENTOS IMPLIQUEN LEVANTAR EL BRAZO DERECHO POR ENCIMA DEL HOMBRO O LA HORIZONTAL DE MANERA REPETITIVA O SOSTENIDA. ESTAS RECOMENDACIONES TIENEN UN CARÁCTER TEMPORAL DURANTE TRES (3) MESES	TEMPORAL	NO APLICA
PUEDE REALIZAR TAREAS DE SU TRABAJO SIN MANIPULAR CARGAS POR ENCIMA DE 5 KILOS. ESTAS RECOMENDACIONES TIENEN UN CARÁCTER TEMPORAL DURANTE TRES (3) MESES.	TEMPORAL	NO APLICA

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

VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR INGRESO	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : ALTERACION OSTEOMUSCULAR DE HOMBRO Y RODILLAS, ALTERACION AUDITICA, ALTERACION EN LA REFRACCION	SVE AUDITIVO	DIETA BALANCEADA
	SVE OSTEOMUSCULAR	
	DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PRESENTA UNA DEBILIDAD DE LA PARED ABDOMINAL INGUINAL, PROBABLEMENTE DE ORIGEN CONGÉNITO, QUE LE GENERA ACTUALMENTE RESTRICCIONES OCUPACIONALES PARA MOVILIZAR CARGAS. SE REQUIERE QUE SEA EVALUADA Y MANEJADA EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA SU CONTROL Y SEGUIMIENTO Y UNA VEZ QUE HAYA SIDO INTERVENIDA, DURANTE LOS 3 MESES POSTERIORES SE DEBE MANTENER ESTA RESTRICCIÓN.

PRESENTA ALTERACION EN HOMBRO DERECHO Y RODILLAS QUE LE GENERA RESTRICCIONES PARA CIERTAS ACTIVIDADES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON

R. M.: 10188389 **L.S.O.:** 11909

Código de Seguridad
B1124H1N16978

Aspirante o Trabajador

Firma: Aquilino

Nombre: UBAQUE BARRERA AQUILINO

CC: 15945171

IPS FISIO HEALTH
Su Salud en nuestras manos

FISIO HEALTH S.A.S
NIT. 900790887-9
Calle 12 # 2-66-68, Barrio Centro, La Dorada - Caldas
Cel. 3162300856 - E-mail. fisiohealth.ips@gmail.com
www.fisiohealth.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.963

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	02 MES	2025 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR

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

EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.
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)

BERMUDEZ URIBE LUIS GERARDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	62 AÑOS 2 MESES 1 DÍAS	CC	1417219
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
FONTANERO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR INGRESO	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	
VALORACIÓN POR EPS : POR ALTERACION EN PARED ABDOMINAL		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Dr. Alexander Pulido
Especialista Salud Ocupacional

Firma:

Nombre: PULIDO MONCADA JEISSON ALEXANDER

R. M.: 270946 L.S.O.: 12289

Código de Seguridad
E1124K1Q16963

Aspirante o Trabajador

Firma: BULG

Nombre: BERMUDEZ URIBE LUIS GERARDO

CC: 1417219

IPS FISIO HEALTH
Su Salud en nuestras manos

FISIO HEALTH S.A.S
NIT. 900790887-9
Calle 12 # 2-66-68, Barrio Centro, La Dorada - Caldas
Cel. 3162300856 - E-mail. fisiohealth.ips@gmail.com
www.fisiohealth.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.967

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	02 MES	2025 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.

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	
BETANCUR MARIN ALBERTO	MASCULINO	70 AÑOS 1 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	8120301 (Número)

Cargo
FONTANERO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PRESENTA RESTRICCIONES EN ALGUNAS TAREAS O ACTIVIDADES

Observaciones: *NO APLICA*

NO CUMPLE | ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
PUEDE REALIZAR TAREAS DE SU TRABAJO SIN ADOPTAR POSICIONES EN CUCLILLAS O ARRODILLADO, YA SEAN OCASIONALES O PERMANENTES. ESTAS RECOMENDACIONES TIENEN UN CARÁCTER TEMPORAL DURANTE TRES (3) MESES.	TEMPORAL	NO APLICA
PUEDE REALIZAR TAREAS DE SU TRABAJO SIN MANIPULAR CARGAS POR ENCIMA DE 5 KILOS. ESTAS RECOMENDACIONES TIENEN UN CARÁCTER TEMPORAL DURANTE TRES (3) MESES	TEMPORAL	NO APLICA

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

VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR INGRESO	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : ALTERACION DE LA TENSION ARTERIAL	SVE VISUAL	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : ACTUALIZAR FORMULA DE LENTES	SVE AUDITIVO	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
VALORACIÓN POR EPS : ALTERACION OSTEOMUSCULAR DE RODILLAS, ALTERACION AUDITIVA. ALTERACION VASCULAR PERIFERICA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	SVE OSTEOMUSCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PRESENTA ALTERACION OSTEOMUSCULAR DE RODILLAS QUE LE GENERA RESTRICCIONES TEMPORALES PARA CIERTAS ACTIVIDADES

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: JURADO SAAVEDRA WILLINTON		Nombre: BETANCUR MARIN ALBERTO
R. M.: 10188389 L.S.O.: 11909	Código de Seguridad A1124G1M16967	CC: 8120301

IPS FISIO HEALTH
Su Salud en nuestras manos

FISIO HEALTH S.A.S
NIT. 900790887-9
Calle 12 # 2-66-68, Barrio Centro, La Dorada - Caldas
Cel. 3162300856 - E-mail. fisiohealth.ips@gmail.com
www.fisiohealth.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.962

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	02 MES	2025 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR

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

EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

BOTERO JAIRO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	54 AÑOS 8 MESES 4 DÍAS	CC	10177207
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
FONTANERO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR INGRESO	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : ADECAUDO CON EL USO DE CORRECCION VISUAL	USO DE EPP	
VALORACIÓN POR EPS : POR ALTERACION EN PARED ABDOMINAL		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: *Dr. Alexander Pulido* Especialista Salud Ocupacional

Nombre: PULIDO MONCADA JEISSON ALEXANDER

R. M.: 270946 L.S.O.: 12289

Código de Seguridad
W1124C1I16962

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: BOTERO JAIRO

CC: 10177207

IPS FISIO HEALTH
Su Salud en nuestras manos

FISIO HEALTH S.A.S
NIT. 900790887-9
Calle 12 # 2-66-68, Barrio Centro, La Dorada - Caldas
Cel. 3162300856 - E-mail. fisiohealth.ips@gmail.com
www.fisiohealth.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.957

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	02 MES	2025 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR

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

EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.
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)

CARDOZO LONDOÑO CARLOS ALBERTO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	46 AÑOS 0 MESES 4 DÍAS	CC	10186400
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
FONTANERO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR INGRESO	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : POR ALTERACION NUTRICION Y ALTERACION VISUAL	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: *Dr. Alexander Pulido* Especialista Salud Ocupacional

Nombre: PULIDO MONCADA JEISSON ALEXANDER

R. M.: 270946 L.S.O.: 12289

Código de Seguridad
F1124L1R16957

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARDOZO LONDOÑO CARLOS ALBERTO

CC: 10186400

IPS FISIO HEALTH
Su Salud en nuestras manos

FISIO HEALTH S.A.S
NIT. 900790887-9
Calle 12 # 2-66-68, Barrio Centro, La Dorada - Caldas
Cel. 3162300856 - E-mail. fisiohealth.ips@gmail.com
www.fisiohealth.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.959

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	02 MES	2025 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR

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

EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.
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)

GARZON SANCHEZ JHON FREDY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	34 AÑOS 9 MESES 29 DÍAS	CC	1054551746
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OPERARIO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR INGRESO ✓	VISIOMETRÍA ✓
AUDIOMETRÍA ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Dr. Alexander Pulido
Especialista Salud Ocupacional

Nombre: PULIDO MONCADA JEISSON ALEXANDER

R. M.: 270946 L.S.O.: 12289

Código de Seguridad
X1124D1J16959

Aspirante o Trabajador

Firma: Jhon Fredy Garzon

Nombre: GARZON SANCHEZ JHON FREDY

CC: 1054551746

IPS FISIO HEALTH
Su Salud en nuestras manos

FISIO HEALTH S.A.S
NIT. 900790887-9
Calle 12 # 2-66-68, Barrio Centro, La Dorada - Caldas
Cel. 3162300856 - E-mail. fisiohealth.ips@gmail.com
www.fisiohealth.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.979

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	02 MES	2025 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR

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

EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.	EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA DORADA E.S.P.
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)

ACUÑA MORALES MARIO FERNANDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	54 AÑOS 3 MESES 28 DÍAS	CC	10179438
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
GUADAÑADOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PRESENTA RESTRICCIONES EN ALGUNAS TAREAS O ACTIVIDADES

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
PUEDE REALIZAR TAREAS DE SU TRABAJO SIN MANIPULAR CARGAS POR ENCIMA DE 5 KILOS. ESTAS RECOMENDACIONES TIENEN UN CARÁCTER TEMPORAL DURANTE TRES (3) MESES	TEMPORAL	NO APLICA

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

VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR INGRESO	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : ACTUALIZAR FORMULA DE LENTES	SVE VISUAL	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : HALLAZGO DE PARED ABDOMINAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PRESENTA UNA DEBILIDAD DE LA PARED ABDOMINAL INGUINAL, PROBABLEMENTE DE ORIGEN CONGÉNITO, QUE LE GENERA ACTUALMENTE RESTRICCIONES OCUPACIONALES PARA MOVILIZAR CARGAS. SE REQUIERE QUE SEA EVALUADA Y MANEJADA EN SU ENTIDAD DE SALUD PARA SU CONTROL Y SEGUIMIENTO Y UNA VEZ QUE HAYA SIDO INTERVENIDA, DURANTE LOS 3 MESES POSTERIORES SE DEBE MANTENER ESTA RESTRICCIÓN.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: JURADO SAAVEDRA WILLINTON

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ACUÑA MORALES MARIO FERNANDO

Software para el sector salud - www.biofile.com.co