CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

9/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 27 2025

NOBRES Y APELLIDOS: CARLOS LOPEZ

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   X B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   X A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   X A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   X A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   X A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 27 Agosto

NOBRES Y APELLIDOS: Kelly Gomez

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

5/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 28-08-25

NOBRES Y APELLIDOS: Yenid Ariel Zabala M.

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

3/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 28-08-2025

NOBRES Y APELLIDOS: Reginaldo Diaz Hernandez

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   (B.) Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   (B.) Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   (B) Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   (C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   (A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

4/5

FECHA 28-08-25

NOBRES Y APELLIDOS: EMILIO HERRERA.

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

A. Falso
B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

A. Falso
B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

A. Falso
B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

A) 60-100 latidos por minuto.
B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

4/5

FECHA 28-08-25

NOBRES Y APELLIDOS: Oder smith villalba B.

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

3/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 28 08 2025

NOBRES Y APELLIDOS: Alexi Villalba Bueno

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

9/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 28-08-2025

NOBRES Y APELLIDOS: YeferSon Acosta perez

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 28/08/25

NOBRES Y APELLIDOS: Rigoberto Restrepo Monsalve

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 28 · agosto - 2025

NOBRES Y APELLIDOS: Freddi Campo

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 28/08/2025

NOBRES Y APELLIDOS: Eduardo Gomez

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 28-08-2025

NOBRES Y APELLIDOS: JUAN SAENZ

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   (B) Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   (B) Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   (A) Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   (C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   (A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 29-8-2025.

NOBRES Y APELLIDOS: Jesus Alberto Monsalve.

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 29-08-2025

NOBRES Y APELLIDOS: IVAN ALFREDO NAVARRO

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

24/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 29-08-2025

NOBRES Y APELLIDOS: Jose Oliberto Henao

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. ~~Verdadero~~

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. ~~Verdadero~~

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. ~~Falso~~
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) ~~Menos de 120/80 mmHg.~~

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) ~~Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.~~
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VITAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

3/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 29.08.2025

NOBRES Y APELLIDOS: SERGIO DAVID GAMBIN

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 29.08.2025

NOBRES Y APELLIDOS: Wilber Estiven Monsalve

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero ✓

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero ✓

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso ✓
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg. ✓

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud. ✓
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 29-08-2025

NOBRES Y APELLIDOS: Edgar Antonio Arana

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

A. Falso
B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

A. Falso
B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

A. Falso
B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

A) 60-100 latidos por minuto.
B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

9/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 29-08-2025

NOBRES Y APELLIDOS: Yorson Mavia Motato

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

3/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 24-08-2025

NOBRES Y APELLIDOS: HONORIA Jamilla Luna

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 30-08-2025

NOBRES Y APELLIDOS: ~~HERNAN CARVAJAL~~ Jhino urbina

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 30/8/2025

NOBRES Y APELLIDOS: Cristian Gonzalez Y Andres Valla

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 30/8/2025

NOBRES Y APELLIDOS: Solangel urbina Gonsalez

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 20, 5, 25

NOBRES Y APELLIDOS: Fabian Herrera - OBP VILLALVA

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 30-08-2025

NOBRES Y APELLIDOS: Serbilio S.C. - Yandel Torre

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

A. Falso
B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

A. Falso
B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

A. Falso
B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

A) 60-100 latidos por minuto.
B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 30/09/2025

NOBRES Y APELLIDOS: JESUS NISPERUZA - Dairo Jose Rodriguez

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

9/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 30-04-2025

NOBRES Y APELLIDOS: osneider vega Alava acevedo

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

24/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 30 - 08 - 2025

NOBRES Y APELLIDOS: Fernando pacheco - Sergio perez

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 30-08-2025

NOBRES Y APELLIDOS: Leandro obando - Hurtado Ramirez.

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero ✓

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso ✓
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VITAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 30-08-25

NOBRES Y APELLIDOS: Yoser Fabian carvajal

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 30 agosto

NOBRES Y APELLIDOS: ~~Juan Villa~~ Juan Leonardo Salazar

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   ✓ B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   ✓ B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   ✓ A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   ✓ B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   ✓ A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

4/5

FECHA 30/08/2025

NOBRES Y APELLIDOS: Jorge Luis Rueda - Reiner Jose Ricardo.

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 30-08-2025

NOBRES Y APELLIDOS: Martin Monsalve. Pedro Obando

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 29-08-25

NOBRES Y APELLIDOS: [illegible]

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

3/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 290825

NOBRES Y APELLIDOS: Albert Yeison restrepo

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero ✓

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero ✓

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso ✗
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto. ✗
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud. ✓
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

3/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 29-08-25

NOBRES Y APELLIDOS: Juan Diego Bermudez Sanchez

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

4/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 29/08/2025

NOBRES Y APELLIDOS: Dibier porto palacio y Luis Eduardo Dalbom

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

3/5

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

FECHA 29/08/25

NOBRES Y APELLIDOS: Oswaldo Aspiri S - Alberto Auto

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

A. Falso
B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

A. Falso
B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

A. Falso
B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

A) 60-100 latidos por minuto.
B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

CONSORCIO VIAL VG-VNF	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

EVALUACIÓN SIGNOS VITALES

9/5

FECHA 29-08-2025

NOBRES Y APELLIDOS: Alejandro Holguin - Fredy Palacios

Responda falso (F) o verdadero (V)

1) Los signos vitales son mediciones de funciones corporales básicas que indican el estado fisiológico de una persona y son fundamentales para evaluar la salud. Los signos vitales principales son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial.

   A. Falso
   B. Verdadero

2) La temperatura corporal es la medida de calor del cuerpo, que refleja el equilibrio térmico y puede indicar infecciones u otras condiciones.

   A. Falso
   B. Verdadero

3) Los valores normales en la frecuencia cardiaca son entre 110-120 latidos por minuto.

   A. Falso
   B. Verdadero

Seleccione la respuesta correcta.

4) ¿Cuáles son los valores normales de la presión arterial?

   A) 60-100 latidos por minuto.
   B) 36.5°C - 37.5°C (97.8°F - 99.5°F).
   C) Menos de 120/80 mmHg.

5) ¿Qué debo hacer en caso de emergencia con una persona que requiera de atención medica inmediata y no cuento con el conocimiento y las herramientas adecuadas para la toma de signos vitales?

   A) Llamar a emergencias o consultar con un profesional de la salud.
   B) Inventarme los valores de los signos del paciente.
   C) Irme del lugar y dejar solo al paciente.

ANEXO H

11. Soporte entrega Dotacion - EPP

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: Excapi

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Yuri Osvaldo Ospina Fernandez con Cedula nº 98532784

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 04/08/25	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	Fecha 04/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 04/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 04/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 04/08/25 Firma: Osvaldo	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 04/08/25 Firma: Osvaldo	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 04/08/25 Firma: Osvaldo	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1: / Firma: /	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 04 de 08 del 2025.

Osvaldo Espino L.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: marido en casa

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Jorge Luis Pinzon con Cedula nº 1045511084

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: 04-08-2025	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	Fecha 04-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 04-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 04-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 04-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 04-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 04-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 04 de 08 del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: · Hando en Casa (HEC)

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) WILSON BAICAZAR con Cedula nº 1045420075

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: 4/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Firma: BAICAZA	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	Fecha: 4/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: BAICAZA	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 4/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: BAICAZA	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 4/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: BAICAZA	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 04/08/25 Firma: BAICAZA	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 4/08/25 Firma: BAICAZA	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 4/08/25 Firma: BAICAZA	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1: — Firma: —	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1: 4/08/25 Firma: BAICAZA	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 04 de 08 del 2025.

BAICAZA W

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: S Y J

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Alejandro Arango R con Cedula nº 1004754866

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: 04/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Alejandro AR			
			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	Fecha 04/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Alejandro AR.	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 04/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Alejandro AR	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 04/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Alejandro AR	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad:	Fecha 1 04/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma Alejandro AR	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad:	Fecha 1 04/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma Alejandro AR	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad:	Fecha 1 04/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma Alejandro AR	Firma	Firma	Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 04 de 08 del 2025.

Alejandro AR

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

802.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: I+C

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a): Yordany Alzate Lopez con Cedula nº 1004470358

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: 05/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Firma: Yordany Lopez	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	Fecha: 05/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Yordany Lopez	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 05/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Yordany Lopez	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 05/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Yordany Lopez	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vias respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 05/08/25 Firma: Yordany Lopez	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 05/08/25 Firma: Yordany Lopez.	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 05/08/25 Firma: Yordany Lopez	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1: / Firma: /	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 05 de 08 del 2025.

Yordany Alzate Lopez

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: MEC

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Keiner Jose Ricardo Reginacon Cedula nº 1039,085.158

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: 05,08,25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Keiner			
			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	Fecha: 05,08,25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Keiner	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 05,08,25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Keiner	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 05,08,25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Keiner	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 05.08.25 / Firma: Keiner	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 05,08,25 / Firma: Keiner	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 05,08,25 / Firma: Keiner	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1: 05,08,25 / Firma: Keiner	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 05 de 08 del 2025.

Keiner

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: Marido en casa

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Yoscr Farid Carvajal Arroyo con Cedula nº 1028280313

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: 05-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma: Yoscr	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1: 05-08-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Yoscr	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha: 05-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Yoscr	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 05-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Yoscr	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 05-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Yoscr	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 05-08-2025 Firma: Yoser	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 05-08-2025 Firma: Yoser	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 05-08-2025 Firma: Yoser	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad: /	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 05 de 08 del 2025.

Yoser Carvajal

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: N/A

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Juan Camilo Vivares Gomez con Cedula nº 1017235127

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	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1 06/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Juan C Vivares	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1	Fecha1 06/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Juan C Vivares	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 06/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Juan C Vivares	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 06/18/25 / Firma: Juan C Vivarez	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 06/09/25 / Firma: Juan Vivarez	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellin, a los 06 días del mes de agosto del 2025.

Juan Camilo Vivarez G.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: N/A

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Leyson Vinasco Longas. con Cedula nº 1003850770

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	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1 06/8/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Leyson V	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1	Fecha1 06/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Leyson V	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 06/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Leyson V	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 06-08-25 / Firma: Leyson V.	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 06/08/25 / Firma: Leyson V.	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a los 06 días del mes de agosto del 2025.

Leyson Vinasco.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: N/A

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Johan Quintero Yomaci. con Cedula nº PPT 4631556

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 08/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Johan Quintero			
			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	Fecha1 08/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Johan Quintero	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 08/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Johan Quintero	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1	Fecha 1 08/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Johan Quintero	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 08/08/25 Firma Johan Quintero	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 08/08/25 Firma Johan Quintero	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 08/08/25 Firma Johan Quintero	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Canlidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a los 08 días del mes de agosto del 2025.

Johan Quintero.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

ECE.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: Aldecco

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Edwin Antonio Moreno Murillo con Cedula nº 82.361.775

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
	Camisa	1	Fecha 1	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	Fecha1 08/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Edwin M	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 08/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Edwin M	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1	Fecha 1 08/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Edwin M	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 08/08/25 Firma Edwin M	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 08/08/25 Firma Edwin M	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 08/08/25 Firma Edwin M	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a los 08 días del mes de agosto del 2025.

Edwin Amorena.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: Rigoberto Restrepo
Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF
Se hace entrega a Señor (a) Rigoberto Restrepo con Cedula nº 70116029
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: 11/08/25	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	Fecha 11 08 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 11 08 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 11 08 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 11082025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 11082025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 11082025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 11082025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 11 de 08 del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: Excapi6

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) José Andres Ocampo. con Cedula nº 1037666833

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 04/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Firma ANDRES	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	Fecha 04/08/	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma JOSE O.	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 04/08	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma JOSE O.	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 04/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma JOSE O.	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vias respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 04/08/25 Firma: José O.	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 04/08/25 Firma: José O.	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 04/08/25 Firma: José O. 04/08/25	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma /	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 04 de 08 del 2025.

José O.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: EX. CAPF

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Eberto Cedilla Perez con Cedula nº 13568138

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 04/08/2025	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	Fecha 04/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarilio/Bianco	Cantidad: 1	Fecha 1 04/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 04/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 04/08/2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 04/08/2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 04/08/2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 04 de 08 del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: Escapi

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Victor Alfonso Pertuz con Cedula nº 13571526

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 04-08-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Victor Pertuz Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 04-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Victor Pertuz	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 04-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Victor Pertuz	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 04-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Victor Pertuz	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 04-08-2025 / Firma: VICTOR PATIÑO	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 04-08-25 / Firma: VICTOR PATIÑO	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 04-08-2025 / Firma: VICTOR PATIÑO	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 04 de 08 del 2025.

VICTOR PATIÑO PEREZ
1.35571.526

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: Escopi

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Alberto Arrieta con Cedula nº 11005262

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: 04/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma: Alberto	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	Fecha: 04/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Alberto	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 04-08-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Alberto	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 04-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Alberto	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 04.08.2025 Firma: [signature]	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 04.08.2025 Firma: [signature]	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 04.08.2025 Firma: [signature]	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 04 de 08 del 2025.

[signature]

Firma del Trabajador(a)

[signature]

Firma por la empresa.

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) - Brayan Hernandez P con Cedula nº 1000568441

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 11/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Brayan H			
			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	Fecha 11/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma - Brayan H	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 11/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Brayan H	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 11/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma - Brayan H	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 11/08/25 Firma: Brayan	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 11/08/25 Firma: Brayan	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 11/08/25 Firma: Brayan	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 11 de 08 del 2025.

Brayan

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: MEC

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Servilio S.C. con Cedula nº 7076078302

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: 14/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Servilio			
			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	Fecha 19/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Servilio	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 14/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Servilio	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 14/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Servilio	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 14/08/25 Firma: servicio	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 14/08/25 Firma: servicio	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 14/08/25 Firma: servicio	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 14 de 08 del 2025.

servicio S.C.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: Consorcio Vial VG-VNF.
Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF
Se hace entrega a Señor (a) Karen Villamizar Ruiz con Cedula nº 1129574383.
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	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1 14-Ago-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Karen VR	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 14-Ago-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Karen VR	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 14-Ago-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Karen VR	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 Firma	Fecha 2 19-Ago-25 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 Firma	Fecha 2 19-Ago-25 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a de del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: Aldeco / contrato Heraldo Rutino

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Francisco Javier Ochoa Ruiz con Cedula nº 70327528

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 14/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Francisco Ochoa.			
			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	Fecha1 14/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Francisco Ochoa	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 14/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Francisco Ochoa.	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1	Fecha 1 14/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Francisco Ochoa	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 14/08/25 Firma: Francisco Ochoa	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 14/08/25 Firma: Francisco Ochoa	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 14/08/25 Firma: Francisco Ochoa	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a los 14 días del mes de agosto del 2025.

Francisco Ochoa

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: S4J

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Emiro Navarro con Cedula nº 92029404

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 11/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Emiro N 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	Fecha 14/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Emiro N	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 14/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Emiro N	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 14/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Emiro N	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 14/08/25 Firma: Emiro M	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 14/08/25 Firma: Emiro M	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 14/08/25 Firma: Emiro M	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 14 de 08 del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: EMCO

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Gabriel Jaime Gomez. con Cedula nº 71747436

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	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1 20/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Gabriel Gomez.	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1	Fecha1 20/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Gabriel Gomez	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 20/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Gabriel Gomez.	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 2025/8/25 Firma Gabriel Gomez	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a los 20 días del mes de agosto del 2025.

Gabriel Gomez.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: S4J

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Marlon Duvan ayala Perez con Cedula nº 1094446827

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: 22/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha: 22/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 22/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 22/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 22/08/25 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 22/08/25 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 22/08/25 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1: 22/08 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 22 de 08 del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: JAJ

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Samuel Vivenos Aguines con Cedula n° 1003 944 943

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 26/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Samuel			
			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	Fecha 26/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Samuel	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 26/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Samuel	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 26/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Samuel	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/08/2025 Firma: Samuel	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/08/2025 Firma: Samuel	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/08/2025 Firma: Samuel	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de 08 del 2025.

Samuel Viveros Aguirre

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: JAJ

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

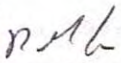
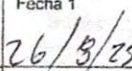
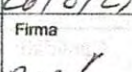
Se hace entrega a Señor (a) Rene M Guerra C. con Cedula nº 71310442

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 26/8/25	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	Fecha 26/8/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 26/8/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 26/8/23	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/3/25 Firma: 	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/3/25 Firma: 	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/8/25 Firma: 	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de 03 del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

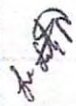
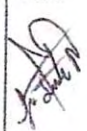
ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: J.A.J

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Juan Sebastian Ramos Avila con Cedula nº 1077974008

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 26/08/2025	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	Fecha 26/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma 	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 26/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma 	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 26/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma 	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 26/08/2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 26/08/2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 26/08/2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de 08 del 2025.

1077974006

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

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) Daimer Villa con Cedula nº 1003847750

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: 25/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Daimer villa			
			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	Fecha: 25/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Daimer villa	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 25/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Daimer villa	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 25/08/25.	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Daimer villa.	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 25/08/25 Firma: Daimer Villa.	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 25/08/25. Firma: Daimer Villa.	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 25/08/25. Firma: D. Daimer Villa	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 25 de 08 del 2025.

Daimer Villa

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: MEC.

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Jesus Alberto Peralta Dominguez con Cedula nº 1102534032.

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 25/3/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Jesus Peralta			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1 25/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 25/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jesus Peralta	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 25/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jesus. Peralta.	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 25/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma Jesus. Peralta.	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 25/08/25	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma Jesus Peralta.	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 25/08/25	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma Jesus Peralta.	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 25/08/25	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma Jesus. Peralta.	Firma	Firma	Firma
Amés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 25 de 08 del 2025.

Jesus Peralta.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: ARGEDIN.

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Osneider Jose vega con Cedula nº 1104472416.

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: 25/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Osneider Vega.			
			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	Fecha: 25/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Osneider vega.	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 25/08/25.	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Osneider. Vega.	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 25/08/25.	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Osneider Vega.	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 25/08/25 Firma: Osneider Vega	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 25/08/25 Firma: Osneider Vega	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 25/08/25 Firma: Osneider Vega.	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 25 de 08 del 2025.

osneider Vaga

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: JAJ

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) magal stiven rios de osso con Cedula n° 1016077751

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 26/03/25	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	Fecha 26/03/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 26/03/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 26/03/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/03/25 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/03/25 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/03/25 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de 03 del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: AJA

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) yeiner Alexis sompedro con Cedula nº 1133339954

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: 26-08-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma: yeiner	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	Fecha: 26-08-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: yeiner	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-08-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: yeiner	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 26-08-25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: yeiner	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-08-25 / Firma: Yeimer	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-08-25 / Firma: Yeimer	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-08-25 / Firma: Yeimer	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de 08 del 2025.

Yeimer

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: JAJ

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Jhon Jairo Valoyes Santo con Cedula nº 1128524965

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: 260825	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Jhon Jairo Valoyes			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1: 26082025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Jhon Jairo Valoyes	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha: 260825	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: JhonJairo	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 260825	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: JhonJairo	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 260825	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: JhonJairo	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 260825 / Firma: Jhon Jairo	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 260825 / Firma: Jhon Jairo	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 260825 / Firma: Jhon Jairo	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de 08 del 2025.

Jhon Jairo Valoyes ST

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: emco

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) carlos zapata con Cedula nº 70579477

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 26 08 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	Fecha 26 08 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 26 08 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 26 08 2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1 26 08 2025 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1 26 08 2025 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1 26 08 2025 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de 08 del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: ENCO

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) JORGE ADRIANO MENESES con Cedula nº 7013268?

los siguientes Equipos de Protección Personal – Dotación:

EQUIPO ENTREGADO						
Ropa de Trabajo – Vestuario de protección 	Descripción:	Cantidad:	Fecha/Firma de quien recibe			
	Camisa	1	Fecha 1: 26/8/25	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	Fecha: 26/8/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/8/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 26/8/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/8/25 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/8/25 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/8/25 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de 08 del 2025.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: SAS

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Wilmer Andres B. L con Cedula nº 1030240585

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: 26-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1: 26-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha: 26-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 26-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-08-2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-08-2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 26-08-2025 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de 08 del 2025.

Wilmer Andres Ramirez

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: JAJ

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) BIADIMIR CORDOBA R con Cedula nº 1079290527

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 26-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	BIADIMIR CORDOBA			
			Firma	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1 26-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha 26-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma BIADIMIR CORDOBA	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1 26-08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma BIADIMIR CORDOBA	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1 26 08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma BIADIMIR	Firma BIADIMIR CORDOBA	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad:	Fecha 1 26 08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma Bladimir	Firma	Firma	Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad:	Fecha 1 26 08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma	Firma	Firma	Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad:	Fecha 1 26 08-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
		1	Firma	Firma	Firma	Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma	Firma	Firma	Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 25 de 03 del 2025.

Bladimir Cordoba R

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: JAJ

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Ever luis Cuello. A con Cedula n° 1129134745.

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: 26/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma: Ever Cuello	Firma	Firma	Firma
Vestuario de alta visibilidad	Descripción:	Cantidad:	Fecha1: 26/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Ever Cuello	Firma	Firma	Firma
Calzado de seguridad 	Descripción: Bota de seguridad	Cantidad: 1 par	Fecha: 26/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Eve Cuello	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Ever Cuello	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 26/08/2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Ever Cuello	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/08/2025 Firma: Ever Cuello	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/08/2025 Firma: Ever Cuello	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 26/08/2025 Firma: Ever Cuello	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 Firma	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de 08 del 2025.

Ever Cuello

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: JAJ

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Jorge Isaac Jmtha. con Cedula nº 78324297.

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: 26.05.25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1	Firma: Jorge Isaac	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	Fecha: 260825 Firma: Jorge Urrutia	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 260825 Firma: Jorge Urrutia	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 260525 Firma: Jorge Urrutia	Fecha 2 Firma	Fecha 3 Firma	Fecha 4 Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 260825 / Firma: Jorge U	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 260825 / Firma: Jorge U	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 260825 / Firma: Jorge U	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 26 de 08 del 2025.

Jorge Isaac Arrubia

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: MEC

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Pedro manuel Gomez Anaya con Cedula n° 1039089412

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: 28-8-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Firma: Pedro M.E.A	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	Fecha: 28-8-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Pedro M.E.A	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 28-8-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Pedro.M.E.A	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 28-8-2025	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Pedro M.E.A.	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 28-8-2025 / Firma: Pedro M.E.A	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 28-8-2025 / Firma: Pedro M.E.A.	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 28-8-2025 / Firma: Pedro M.E.A	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 28 de 08 del 2025.

Pedro M.E.A.

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Subcontratista: MEC

Por parte del CONSORCIO VIAL VG-VNF

Se hace entrega a Señor (a) Libardo Mosquera Valencia con Cedula nº 4807764.

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: 28/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
	Pantalón	1				
			Firma: Libardo M	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	Fecha: 28/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Libardo M	Firma	Firma	Firma
Casco de seguridad 	Descripción: Casco amarillo/Blanco	Cantidad: 1	Fecha 1: 28/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Libardo M	Firma	Firma	Firma
Guantes de seguridad 	Descripción: Guante de seguridad	Cantidad: 1 Par	Fecha 1: 28/08/25	Fecha 2	Fecha 3	Fecha 4
			Firma: Libardo M	Firma	Firma	Firma

CONSORCIO VIAL VG-VNF

ENTREGA DE DOTACION Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Mascarillas – Protección de las vías respiratorias 	Descripción: Mascarilla N95	Cantidad: 1	Fecha 1: 28-09-25 / Firma: LIBARDO	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Gafas o Pantallas de protección 	Descripción: Gafas de seguridad Oscuras/claras	Cantidad: 1	Fecha 1: 28-09-25 / Firma: LIBARDO	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Protectores auditivos 	Descripción: Protección auditivo tipo inserción.	Cantidad: 1	Fecha 1: 28-09-25 / Firma: LIBARDO	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Arnés de seguridad 	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma
Otros	Descripción:	Cantidad:	Fecha 1 / Firma	Fecha 2 / Firma	Fecha 3 / Firma	Fecha 4 / Firma

Reconociendo que ha sido informado de los trabajos y zonas donde deberá utilizarlos, así como, de haber recibido las instrucciones y formación necesaria para su correcta utilización, aceptando el compromiso de:

- Utilizar el equipo siempre que acceda a las zonas y áreas obligadas a ello y debidamente señalizadas.
- Consultar cualquier duda sobre su correcta utilización, así como cuidar de su correcto estado de uso y conservación.
- Informar en caso de pérdida o deterioro del equipo y solicitar uno nuevo de inmediato.

En Medellín, a 28 de 08 del 2025.

LIBARDO MOSQUERA

Firma del Trabajador(a)

Firma por la empresa.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REPOSICION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CONTRATO DE OBRA No:	4600102792 DE 2024	EMPRESA:	Consorcio Vial VG-VNF
INTERVENTORIA:	SITELSA S.A.S.	FRENTE DE OBRA:	San Diego.

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social y declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad. CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO , Art. 56 y Art. 58 numeral 7 LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos.

FECHA DE ENTREGA	NOMBRES Y APELLIDOS	MOTIVO DE CAMBIO			Protección de manos						Protección de pies		Protección auditiva		Protección respiratoria					Protección contra caida					Protección cabeza y ojos				FIRMA
		Daño	Desgaste	Perdida	Guantes de Vaqueta	Guantes Látex	Guantes Hilaza	Guantes de Nitrilo	Guantes de Caucho	Guante Dieléctrico	Bota dieléctrica con puntera	Botas Caucho con puntera	P. Auditivo de Inserción	P. Auditivo tipo copa	Mascarilla N95	Mascarilla gases y vapores	Filtros para mascarilla	Careta basculante	Careta soldador	Arnés de Seguridad	Mosquetón	Freno	Eslinga	Linea de Vida	Casco	Barboquejo	Gafas de Seg Claras	Gafas de Seg Oscuras	
12/08/25	Andres Gomez.		✓					✓																					Andres Gomez
12/08/25	Manuel Arteaga.		✓																									✓	.
12/08/25	Leonardo Salazar.		✓				✓																						.
12/08/25.	Cristian Gonzalez		✓				✓																						Cristian G.
12/08/25	Jairo Ibañez		✓				✓		✓																				JAIRO.
12/08/25	Alvaro Miranda.		✓						✓																				Alvaro Miranda
12/08/25.	Elias Uribe		✓						✓																				Elias U.
13/08/25	Solangel Urbañez.		✓				✓																						Solangel
13/08/25	Duvan Bedoya.		✓				✓																						. Duvan B
14/08/25	Fabian Herrera.		✓				✓																						Fabian
14/08/25	Yonny Ochoa.		✓						✓																				Yonny Ochoa

Para la reposición de los elementos de protección será necesario que el trabajador devuelva el anterior elemento en condición de daño o desgaste.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REPOSICION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CONTRATO DE OBRA No:	4600102792 DE 2024	**EMPRESA:**	
INTERVENTORIA:	SITELSA S.A.S.	**FRENTE DE OBRA:**	

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social y declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad. CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO , Art. 56 y Art. 58 numeral 7 LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos.

FECHA DE ENTREGA	NOMBRES Y APELLIDOS	MOTIVO DE CAMBIO			Protección de manos						Protección de pies		Protección auditiva		Protección respiratoria					Protección contra caida					Protección cabeza y ojos				FIRMA
		Daño	Desgaste	Perdida	Guantes de Vaqueta	Guantes Látex	Guantes Hilaza	Guantes de Nitrilo	Guantes de Caucho	Guante Dieléctrico	Bota dieléctrica con puntera	Botas Caucho con puntera	P. Auditivo de Inserción	P. Auditivo tipo copa	Mascarilla N95	Mascarilla gases y vapores	Filtros para mascarilla	Careta basculante	Careta soldador	Arnés de Seguridad	Mosquetón	Freno	Eslinga	Linea de Vida	Casco	Barboquejo	Gafas de Seg Claras	Gafas de Seg Oscuras	
24/1/25	Yamilver Barceño							✓																				✓	
28/1/25	Jorge Luis								✓																				
30/1/25	Juan camilo martinez							✓																					
30/1/25	Diego armando Ramirez							✓																					
11/8/25	Gustavo Olivendo												✓																
12/8/2025	Jorge Luis Hernandez																											✓	
12/8/2025	Jose Alberto Alzate												✓															✓	
12/8/2025	Jaffid Blandon																											✓	
12/8/2025	Alexander Vargas																											✓	
12/8/2025	Alexander Barceño																												
24/08/25	David Higuita																												
24/08/2025	Jorge Luis Fernandez																												

Para la reposición de los elementos de protección será necesario que el trabajador devuelva el anterior elemento en condición de daño o desgaste.

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REPOSICION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONA / DOTACION

CONTRATO DE OBRA No:	4600102792 DE 2024	**EMPRESA:**	Consorcio Vial VG-VNF
INTERVENTORIA:	SITELSA S.A.S.	**FRENTE DE OBRA:**	pablo sexto

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social y declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad. CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO , Art. 56 y Art. 58 numeral 7 LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos.

FECHA DE ENTREGA	PROVEEDOR	NOMBRES Y APELLIDOS	MOTIVO DE CAMBIO			Protección de manos						Protección de pies		Protección auditiva		Protección respiratoria					Ropa de Trabajo		Protección cabeza y ojos				FIRMA
			Daño	Desgaste	Perdida	Guantes de Vaqueta	Guantes Látex	Guantes Hilaza	Guantes de Nitrilo	Guantes de Caucho	Guante Dieléctrico Clase 00	Bota dieléctrica con puntera	Botas Caucho con puntera	P. Auditivo de Inserción	P. Auditivo tipo copa	Mascarilla N95	Mascarilla gases y vapores	Filtros para mascarilla	Careta basculante	Careta soldador	Camisa.	Pantalon	Casco	Barboquejo	Gafas de Seg Claras	Gafas de Seg Oscuras	
14.08.25	Acosta	Reinaldo restrepo								✓			✓														
14.08.25	consorcio	Yeferson Acosta		✓						✓																	
16.08.25	consorcio	Juan compo		✓					✓																	✓	Juan compo
19-08-25	Consorcio	David Prados		✓					✓																		David P
20-08-25	Consorcio	Emilio		✓																							Emilio
26-08-25	Consorcio	Fredy compo		✓										✓													Fredi
27-08-25	Consorcio	Yoniel palacio		✓					✓																		David P
28/08/2025	consorcio	Pablo Ospina		✓																						✓	Pablo
28/08/2025	consorcio	Yonar P.		✓																						✓	yonar P
29/08/2025	consorcio	Emilio		✓						✓																	Emilio

CONSORCIO VIAL VG-VNF

REPOSICION ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CONTRATO DE OBRA No:	4600102792 DE 2024	**EMPRESA:**	DMP	Consorcio Vial VG-VNF
INTERVENTORIA:	SITELSA S.A.S.	**FRENTE DE OBRA:**	PEDREGAL	

Compromiso: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social y declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad. CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO , Art. 56 y Art. 58 numeral 7 LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. El presente compromiso quedará archivado como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos.

FECHA DE ENTREGA	NOMBRES Y APELLIDOS	MOTIVO DE CAMBIO			Protección de manos						Protección de pies		Protección auditiva		Protección respiratoria					Protección contra caída					Protección cabeza y ojos				FIRMA
		Daño	Desgaste	Perdida	Guantes de Vaqueta	Guantes Látex	Guantes Hilaza	Guantes de Nitrilo	Guantes de Caucho	Guante Dieléctrico Clase 00	Bota dieléctrica con puntera	Botas Caucho con puntera	P. Auditivo de Inserción	P. Auditivo tipo copa	Mascarilla N95	Mascarilla gases y vapores	Filtros para mascarilla	Careta basculante	Careta soldador	Arnés de Seguridad	Mosquetón	Freno	Eslinga	Linea de Vida	Casco	Barboquejo	Gafas de Seg Claras	Gafas de Seg Oscuras	
26/8/25	Alexander Vargas								✓																				
26/8/25	Jhonjaro Lincage						✓																						
26/8/25	Xiomara Duarte																												
29/8/25	Libardo Blandon									✓		✓																	
29/8/25	Xiomara Duarte											✓																	
29/8/25	Alexander Vargas									✓		✓																	

Para la reposición de los elementos de protección será necesario que el trabajador devuelva el anterior elemento en condición de daño o desgaste.

ANEXO H

12. Matriz de Compatibilidad de Productos Químicos.

CONSORCIO
VIAL VG-VNF

MATRIZ DE COMPATIBILIDAD SOLIDOS Y LIQUIDOS QUIMICOS

Productos químicos	Estado físico	Clasificación SGA peligros físicos	ACPM	Gasolina	Acido Nítrico	Cemento	Desengrasante	Soldadura PVC	Pintura Aerosol	Limpiador PVC	Grasa	Aceite Hidráulico
ACPM	LIQUIDO	Inflamable										
Gasolina	LIQUIDO	Inflamable										
Ácido Nítrico	LIQUIDO	Comburente										
Cemento	SOLIDO	Corrosivo										
Desengrasante	LIQUIDO	Irritante										
Soldadura PVC	LIQUIDO	Inflamable										
Pintura Aerosol	LIQUIDO	Inflamable										
Limpiador PVC	LIQUIDO	Inflamable										
Grasa	SOLIDO	Solido										
Aceite Hidráulico	LIQUIDO	Liquido										

COMPATIBLE

INCOMPATIBLE

ANEXO H

13. Implementación SGA

841

REGISTRO FOTOGRAFICO ROTULACION DE SUSTACIAS QUIMICAS






ACOPIO
PRODUCTOS
QUIMICOS
25 agosto 2025 2:30:05 p.m.

ANEXO H

14 . Examenes medicos ocupacionales

842.

Fecha Impresión:
21/11/2024 10:36:01 am

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

SUSmédicos
Conciencia laboral y valoración

800.113.024-4

Nro. Ingreso: 159375 Fecha del Exámen: 20/11/2024 Tipo de Exámen: Ingreso

Exámenes practicados: Concepto Trabajo En Alturas y Riesgo Eléctrico con espirometria, Toxicologia 2 Parámetros

DATOS PERSONALES





Nombres: EDWIN ANTONIO
Apellidos: MORENO MURILLO
Tipo Documento: CC
Nro Documento: 82.361.775
Fecha Nacimiento: 1978/03/23 Edad: 46
Sexo: Masculino
Dirección Domicilio: CRR 55C N 89-92
Teléfono Domicilio: 3215406562
Lugar Residencia: MEDELLIN
Grupo Sanguíneo: O+
Profesión/ocupación: OPERARIO DE MAQUINA
Nombre Acompañante: NINGUNA
Teléfono Acompañante: NINGUNA
Persona Responsable: EDINSON MARTINEZ (HERMANO)
Teléfono Persona R: 3016110827
EPS: Salud Total S.A. ARL: Sura
Pensiones: Porvenir S.A. Cesantias: Porvenir S.A.
Tipo Vinculación EPS: Contributivo cotizante
Estado Civil: Soltero(a)

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: ALDECCO S . A . S .
Actividad Económica: Alquiler de maquinaria y equipo de construccion y de ingenieria civil

Cargo:	Perfil Biológico:	Factores de Riesgo:	Medidas de Protección:
OPERARIO DE MAQUINA	Adecuada audición , Adecuada visión, Adecuado sistema osteomuscular general	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.	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 Pérdida leve en 6 y 8khz en ambos oídos.	Ninguna	Resultado alterado cumpliendo recomendaciones, es adecuado para el cargo.
ESPIROMETRÍA	Control periódico teniendo en cuenta: Patrón espirométrico normal	Ninguna	Resultado normal y adecuado para el cargo
VISIOMETRÍA	Uso lentes correctores y Control anual teniendo en cuenta: Discriminación del color normal, Percepción de profundidad normal, Alteracion visual mixta bilateral leve, corrige con lentes.	Ninguna	Resultado alterado cumpliendo recomendaciones, es adecuado para el cargo.
Toxicologia	Control periódico teniendo en cuenta el resultado negativo de toxicología de dos parámetros	Ninguna	Resultado normal y adecuado para el cargo
Glicemia	Control periódico teniendo en cuenta el resultado de glicemia en sangre normal	Ninguna	Resultado normal y adecuado para el cargo
Perfil Lipidico	Control periódico teniendo en cuenta niveles en sangre de colesterol y trigliceridos normales	Ninguna	Resultado normal y adecuado para el cargo

Otros	Control Periodico con bajo riesgo osteomuscular, Cardiovascular y de trabajo en altura para su cargo.	Ninguna	Resultado normal y adecuado para el cargo
EXAMEN MÉDICO	Control periódico teniendo en cuenta examen físico clínicamente normal + Control nutricional del sobrepeso Debe cumplir estrictamente con el protocolo de Bioseguridad de la Empresa para la prevención del COVID19 dando cumplimiento a la RESOLUCIÓN 666 del 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social .	Ninguna	Resultado normal y adecuado para el cargo

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto Apto para el cargo y Trabajo en Alturas con Recomendación, Apto para el Cargo y Riesgo Eléctrico

JORGE I MEJIA F.

Edwin moreno

PROFESIONAL: JORGE IVAN MEJIA FLOREZ

CC 8353225

Medico

Licencia: 2017060106932

Especialista en: Salud Ocupacional

Registro: 12229-82

PACIENTE: EDWIN ANTONIO MORENO MURILLO

Documento: CC: 82361775

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

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISION
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

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

NO. CERTIFICADO	1.880.155				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	30/05/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 71.797.436	**EDAD**	45	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	GOMEZ GABRIEL JAIME				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	INGENIERO RESIDENTE		

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 - 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 - 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 PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL EN UN AÑO - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - EN EXPOSICION A RUIDO

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRIA

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISION
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

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

NO. CERTIFICADO	1.880.155				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	30/05/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 71.797.436	**EDAD**	45	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	GOMEZ GABRIEL JAIME				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	INGENIERO RESIDENTE		

Autorización de datos personales

Yo, GOMEZ GABRIEL JAIME, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 71.797.436, 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 e 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

Gabriel J. Gomez

CC. 71.797.436

GLORIA MARIA VALENCIA PEREIRA LIC. S.O. 362908

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISION
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

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

NO. CERTIFICADO	1.939.980				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	01/08/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.039.704.759	**EDAD**	21	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	GUTIERREZ ALVARADO JUAN FERNANDO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE		

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 - 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 DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA - USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISION
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

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

NO. CERTIFICADO	1.939.980				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	01/08/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.039.704.759	**EDAD**	21	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	GUTIERREZ ALVARADO JUAN FERNANDO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE		

Autorización de datos personales

Yo, GUTIERREZ ALVARADO JUAN FERNANDO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.039.704.759, 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 e 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

Juan Fernando

Walter Alain Sanchez V. Medico Laboral Especialista Salud Ocupacional

CC. 1.039.704.759

WALTER ALAIN SANCHEZ VALLEJO - LIC. SO 2022060086805

I.P.S ADILAB
Medicina Laboral

ADILAB I.P.S
900.341.857-2
Carrera 43a # 34-95 PISO 10 TORRE NORTE
Cel. 3113120018 - E-mail. adilabmedicinalaboral@gmail.com
www.adilab.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 119.334

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	08 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
INGENIERIA DE POLIMEROS S.A.S	INGENIERIA DE POLIMEROS 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)

GOMEZ GIRALDO ESTEBAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	24 AÑOS 2 MESES 29 DÍAS	CC	1007335033
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Teléfonos	Dirección
3004560685	CR 99 CE CR 48 C 29

CARGO	EPS	AFP	ARL
OPERARIO DE ENSAMBLE	SALUD TOTAL	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SIN RESTRICCION PARA REALIZAR SU LABOR**

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:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP : GAFAS DE SEGURIDAD EN CASO DE LABORES QUE PRODUZCAN PROYECCION DE MATERIAL PARTICULADO	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS	HACER DEPORTE
	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	DIETA BALANCEADA
	REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES ESTABLECIDOS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador:

Autorizo a la IPS ADILAB - MEDICINA LABORAL que a través del doctor (a) abajo mencionado y firmante que realice mi examen médico ocupacional registrado en este documento. Manifiesto que he asistido a este examen de forma voluntaria y tuve la oportunidad de desistir en cualquier momento. Además, se me informan las medidas para proteger la confidencialidad de mis datos personales, e historia clínica, tales como: solo el paciente puede solicitar la historia clínica completa con sus anexos y sólo si se trata de una acción judicial o con fines de seguridad y salud en el trabajo puede ser solicitada por terceros debidamente autorizados.

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 legislación vigente.

Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y se me han aclarado dudas al respecto. Por tanto, acepto la realización del examen médico ocupacional y todas las ayudas diagnosticas necesarias para la conceptualización del mismo.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:		Firma:
Nombre: CC: 56083966 - JEANETH FUENTES		Nombre: GOMEZ GIRALDO ESTEBAN
R. M.: 270024 L.S.O.: 60100192	Código de Seguridad M1177S1Y119334	CC: 1007335033

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

Omnisalud
Para toda la vida
ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT 811017385-2

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	
CONSTRUCTORA SYJ SAS			
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**
901744373	CR 65 119 A 02		Medellin

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
ARISTIZABAL LEON DIEGO MAURICIO	CC 1037623682	33 Años	M

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
MEDELLIN	Medellin	UNION LIBRE
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
3117949177	BUENOS AIRES	3117949177
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
MAURICIOARIZTIZABAL0407@GMAIL.COM	BACHILLER	O +

IMC	Hijos	EPS
23.53	1	NUEVA EPS

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
SI	DOSIS UNICA	1° JANSSEN 2° NO APLICA	NO APLICA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
AYUDANTE	2025-07-31	12:33:44	12:44:11	01:28:48

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
EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL: SE REALIZA
VACUNAS: (VACUNA ANTITETANICA) SE REALIZA
VISIOMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL)
Su capacidad auditiva es adecuada
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL)
Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación, se indican controles rutinarios anuales con su optómetra.
MEDICAS PERSONALES
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se recuerda y se informa realizar hábitos de salud y disminuir o eliminar el consumo de cigarrillo
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.
OTRAS OBSERVACIONES
Ninguna
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
ENFASIS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: 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 evidenció patología o sintomatología de origen osteomuscular que pudieran genera limitaciones o riesgo para desempeñar sus funciones laborales
OBSERVACIÓN AREA DE VACUNACION
Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento cuenta con esquema de vacunación completo para prevención de infección por sars cov-2; debe seguir tomando las medidas preventivas; cumpliendo con las medidas generales de bioseguridad. Se administra biológico de acuerdo al esquema de vacunación, con próxima dosis para administrarse en 6 meses

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** B, D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	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.

Firma:
Nombre: GALLEGO ZAPATA MARTHA ELENA
R.M. / TP: 5-2812-06 L.S.O.2022060333973/2032

Firma:
Nombre: DIEGO MAURICIO ARISTIZABAL LEON
Documento: 1037623682

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

RESPIRA SALUD INTEGRAL S.A.S, 901434599-0
Sede: IPS RESPIRA SALUD
Dirección: CR 65 40 27 LC 101-102
Teléfono: 3217817463

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Id:	3901-1444814
Fecha:	2025-07-03 08:19:50



Datos Generales del Paciente					
Paciente:	CC : 98710269, MARIO ANDRES MUÑOZ RIAZA				
Fecha de Nacimiento:	1984-09-14	**Género:** Hombre	**Edad:** 40	**Teléfono:** 3243100223	
Dirección:	DIAGONAL 17 C N 56 A 29 CAICEDO			**Ciudad residencia:**	MEDELLÍN
Estado Civil:	SOLTERO			**Escolaridad:**	Básica Secundaria
Ocupación:	AYUDANTE DE OBRA				
Razón Social/Pagador:	CONSTRUCTORA S Y J SAS			**IPS :** IPS RESPIRA SALUD	
Profesional:	WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO | 1050961074				

* Exámenes complementarios

Visiometria	Normal | Diagnóstico: Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	2025-07-03
Audiometria	Anormal | Diagnóstico: EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	2025-07-03

* Concepto

PREINGRESO - Examen de Pre-Ingreso
Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.

OSTEOMUSCULAR - Osteomuscular
Sin patología osteomuscular aparente

WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO
RM: 1050961074

MARIO ANDRES MUÑOZ RIAZA
CC : 98710269

RESPIRA SALUD INTEGRAL S.A.S, 901434599-0
Sede: IPS RESPIRA SALUD
Dirección: CR 65 40 27 LC 101-102
Teléfono: 3217817463

RECOMENDACIONES

Id:	3901-1444814
Fecha:	2025-07-03 08:19:50

Datos Generales del Paciente					
Paciente:	CC : 98710269, MARIO ANDRES MUÑOZ RIAZA				
Fecha de Nacimiento:	1984-09-14	**Género:** Hombre	**Edad:** 40	**Teléfono:** 3243100223	
Dirección:	DIAGONAL 17 C N 56 A 29 CAICEDO			**Ciudad residencia:**	MEDELLÍN
Estado Civil:	SOLTERO			**Escolaridad:**	Básica Secundaria
Ocupación:	AYUDANTE DE OBRA				
Razón Social/Pagador:	CONSTRUCTORA S Y J SAS			**IPS :** IPS RESPIRA SALUD	
Profesional:	WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO | 1050961074				



* **Recomendaciones generales**

UMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS

** INCLUSIÓN Y SEGUIMIENTO POR PARTE DE SVE AUDITIVO EMPRESARIAL. NO COMPROMETE SU LABOR.

* **Conductas ocupacionales preventivas**

USO PERMANENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DENTRO DE LA JORNADA LABORAL, REALIZAR EJERCICIOS PREOPERACIONALES. PAUSAS ACTIVAS, CON ÉNFASIS EN CUELLO, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, CONTROL Y USO DE PROTECCIÓN DE ACUERDO AL PVE (PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA), CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SG SST DE LA EMPRESA. SE EXPLICA QUE TIENE UNA RESPONSABILIDAD LEGAL PARA TOMAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO REPORTANDO INFORMACIÓN CLARA Y VERAZ DE SU ESTADO DE SALUD.

* **Se recomienda incluir en los sistemas de vigilancia epidemiológica**

VISUAL,AUDITIVO,PSICOSOCIAL,OSTEOMUSCULAR

WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO
RM: 1050961074

MARIO ANDRES MUÑOZ RIAZA
CC : 98710269

RESPONSABLE SG-SST CONSTRUCTORA S Y JN SAS
Nombre: NORA CRISTINA BERNAL
CC: 39.190.259

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISION
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

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

NO. CERTIFICADO	1.947.179				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	11/08/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.128.470.231	**EDAD**	36	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	MEJIA USUGA JAVIER ALONSO				
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 - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

NO USO DE CORRECCION OPTICA

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISION
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

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

NO. CERTIFICADO	1.947.179				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	11/08/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.128.470.231	**EDAD**	36	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	MEJIA USUGA JAVIER ALONSO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	OFICIAL		

Autorización de datos personales

Yo, MEJIA USUGA JAVIER ALONSO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.128.470.231, 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 e 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:

JAVIER

CC. 1.128.470.231

Profesional

Walter Alain Sánchez V.
Médico Laboral
Especialista Seguridad y Salud en el Trabajo
Registro Profesional

WALTER ALAIN SANCHEZ VALLEJO - LIC. SO 2022060086805

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

CONSORCIO VIAL VG VNF

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.952.087				
CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLÁNTICO - SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL SAS				
FECHA	14/08/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.129.514.383	**EDAD**	39	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	VILLAMIZAR RUIZ KAREN TATIANA				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	TECNOLOGA SST		

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 GENERALES

ESQUEMA DE VACUNA COVID 19 COMPLETO CONTROL POR NUTRICION POR EPS VALORACION POR OPTOMETRIA PARA ACTUALIZAR CORRECCION OPTICA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - 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 ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN - ADECUACIÓN DE PUESTO DE TRABAJO DE ACUERDO A ERGONOMÍA DEL TRABAJADOR - 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 DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

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

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA ACTUALIZAR CORRECCION EN USO - USAR GAFAS DESEGURIDAD CON CORRECCION OPTICA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

EMPRESA

CONSORCIO VIAL VG VNF



ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

NO. CERTIFICADO	1.952.087				
CIUDAD	BARRANQUILLA, ATLÁNTICO - SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL SAS				
FECHA	14/08/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.129.514.383	**EDAD**	39	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	VILLAMIZAR RUIZ KAREN TATIANA				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	TECNOLOGA SST		

Autorización de datos personales

Yo, VILLAMIZAR RUIZ KAREN TATIANA, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.129.514.383, 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 e 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:

Karen Vr

CC. 1.129.514.383

Profesional

María Mónica Jiménez Q.
MEDICO
R.M. 1.140.862.558 - U Libre

MARIA MONICA JIMENEZ QUIROZ LIC. 0160-2022

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1001670834-421290

Fecha y Lugar: 1/07/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
J.A.J. CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT: 900780931
Empresa en Misión: -

Dirección: CR 28 59 B 59
Teléfono: 2840056 - 3117898000
Ciudad: MEDELLIN **E-Mail:** jajconstrucciones@gmail.com

Actividad Económica:
Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: HAROLD DAVID HIGUITA URREGO
Género: MASCULINO **Edad:** 21
Fecha y Lugar de Nacimiento: 10/01/2004 CAREPA
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: ENCISO MEDELLIN
ARL: POSITIVA

Identificación: 1001670834
Teléfono: 3005163701
Cargo: AYUDANTE
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: SAVIA SALUD
AFP: NO REPORTA

Rh: RH O+
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

852

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.

Medico Especialista en Salud Laboral
ERNESTO CAMILO CAHUANA PINTO
4515

Firma y cédula del Paciente
HAROLD DAVID HIGUITA URREGO
1001670834

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISION
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

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

NO. CERTIFICADO	1.958.968				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	22/08/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 70.132.867	**EDAD**	63	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	MENESES GAVIRIA JORGE ALIRIO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	OFICIAL		

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - COLESTEROL HDL - COLESTEROL LDL - COLESTEROL TOTAL - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - GLICEMIA PRE - TRIGLICÉRIDOS - VACUNA TOXOIDE TETANICO - VISIOMETRÍA

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

RECOMENDACIONES GENERALES

* CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

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 - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - 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 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 - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

REMISION VALORACION OPTOMETRIA ACTUALIZAR CORRECCION EN USO - USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISION
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

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

NO. CERTIFICADO	1.958.968				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	22/08/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 70.132.867	**EDAD**	63	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	MENESES GAVIRIA JORGE ALIRIO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	OFICIAL		

Autorización de datos personales

Yo, MENESES GAVIRIA JORGE ALIRIO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 70.132.867, 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 e 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

Walter Alain Sánchez V.
Médico Colombiano
Especialista en Salud Ocupacional
RM 0000

CC. 70.132.867

WALTER ALAIN SANCHEZ VALLEJO - LIC. SO 2022060086805



Certificado Médico Laboral

Comfenalco Antioquia

SMSI SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO S.A.S. - NIT: 890933726-1

Fecha Cierre: 31/07/2025

Certificado de aptitud: 1045511049-1880849

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

Información de la Empresa

Empresa: MARIDO EN CASA S.A.S.
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:

Información del Paciente

Fecha y Lugar:	31 jul. 2025 - MEDELLIN - ANTIOQUIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JORGE LUIS REGINO SUAREZ	**Identificación:**	1045511049
Género	MASCULINO **Edad:** 35	**Teléfono**	3137557527 **Móvil:** 3137557527
Fecha Nacimiento:	22/08/1989	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	COLFONDOS
Dirección	CRA 55 C # 89 92 INT 214 BR MORAVIA	**Cargo:**	OFICIAL DE CONSTRUCCION
Peso: 101 Talla: 168 IMC: 35.79		**AREA: OPERATIVA**	

Exámenes Diagnósticos Realizados

AUDIOMETRIA TAMIZ	NORMAL	
OPTOMETRIA	NORMAL	
MEDICINA OCUPACIONAL		DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA,. CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS. MANTENER UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS EN EL PUESTO DE TRABAJO PARA PREVENIR LESIONES OSTEOMUSCULARES Y MEJORAR EL DESEMPEÑO
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL	

Concepto Laboral

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: SI LABORA A LA INTEMPERIE (EXPUESTO AL SOL)UTILIZAR: GAFAS CON FILTRO UV, BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA ANTES DE COMENZAR A LABORAR, ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD, USAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION DE ACUERDO A LOS RIESGOS DEL OFICIO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	SVE

Información de Remisiones

NUTRICION	VALORACION -

Consideraciones Jurídicas

'CONSIDERACIONES JURÍDICAS
Las resoluciones 2346 de 11 de julio de 2007 y la 1918 de junio de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen que reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objetivo 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 del aspirante. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO del paciente. 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 Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hace parte integral de su historial médico.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, 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.

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes están completas y son verídicas; autorizo a la IPS SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO para que emita un certificado de aptitud con unas recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para el programas de seguridad y salud en el trabajo y se recomienda realizar exámenes ocupacionales acorde a la matriz de peligros y profesiograma.
'

MEDICO LABORAL
WALTER OVIDIO RUIZ HENAO
CÉDULA DE CIUDADANÍA: 98519973
RG 009054 - LIC S2016060009054

Firma y cédula del Paciente
JORGE LUIS REGINO SUAREZ
Identificación: 1045511049



Certificado Médico Laboral

Comfenalco Antioquia

SMSI SERVICIOS MÉDICOS SAN IGNACIO

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO S.A.S. - NIT 8909337261

Fecha Cierre: 23/08/2025

Certificado de aptitud: 1102584032-1896338

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

Información de la Empresa

Empresa: MARIDO EN CASA S.A.S.
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:

Información del Paciente

Fecha y Lugar:	23 ago. 2025 - MEDELLIN - ANTIOQUIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JESUS ALBERTO PERALTA DOMINGUEZ	**Identificación:**	1102584032
Género	MASCULINO **Edad:** 31	**Teléfono**	**Móvil:** 3116608673
Fecha Nacimiento:	9/04/1994	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Dirección	CRR 50E 82 37 CAMPO VALDES	**Cargo:**	AYUDANTE
Peso: 63 Talla: 162 IMC: 24.01		**AREA: No Reporta**	

Exámenes Diagnósticos Realizados

AUDIOMETRIA TAMIZ	NORMAL
OPTOMETRIA	NORMAL
MEDICINA OCUPACIONAL	CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS. HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, HABITOS DEPORTIVOS(3 A 4 VECES POR SEMANA) Y NUTRICIONALES, UTILIZAR EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL APROPIADOS PARA EL OFICIO.
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL

Concepto Laboral

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: SI LABORA A LA INTEMPERIE (EXPUESTO AL SOL)UTILIZAR: GAFAS CON FILTRO UV, BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA ANTES DE COMENZAR A LABORAR, ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD, USAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION DE ACUERDO A LOS RIESGOS DEL OFICIO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	-	SVE

Información de Remisiones

NO

Consideraciones Jurídicas

'CONSIDERACIONES JURÍDICAS
Las resoluciones 2346 de 11 de julio de 2007 y la 1918 de junio de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen que reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objetivo 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 del aspirante. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO del paciente. 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 Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hace parte integral de su historial médico.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, 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.

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes están completas y son verídicas; autorizo a la IPS SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO para que emita un certificado de aptitud con unas recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para el programas de seguridad y salud en el trabajo y se recomienda realizar exámenes ocupacionales acorde a la matriz de peligros y profesiograma.
'

Gustavo A. Espinal M.

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
GUSTAVO ALONSO ESPINAL MONSALVE
CÉDULA DE CIUDADANÍA: 98494992
REG. CMC2016 - 8186 - LIC. 12644

Jesus Peralta Domínguez

Firma y cédula del Paciente
JESUS ALBERTO PERALTA DOMINGUEZ
Identificación: 1102584032



Certificado Médico Laboral

Comfenalco Antioquia

SMSI SERVICIOS MÉDICOS SAN IGNACIO

SERVICIOS MÉDICOS SAN IGNACIO S.A.S. NIT: 890933726-1

Fecha Cierre: 13/08/2025

Certificado de aptitud: 1076018302-1889686

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

Información de la Empresa

Empresa: MARIDO EN CASA S.A.S.
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:

Información del Paciente

Fecha y Lugar:	13 ago. 2025 - MEDELLIN - ANTIOQUIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	SERBILIO SABUGARA CONDE	***Identificación:***	1076018302
Género	MASCULINO **Edad:** 26	**Teléfono**	3043855685 **Móvil:** 3043855685
Fecha Nacimiento:	1/01/1999	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	NO REPORTA
Dirección	ENCISO	**Cargo:**	AUXILIAR
Peso: 56 Talla: 157 IMC: 22.72		**AREA: OPERATIVA**	

Exámenes Diagnósticos Realizados

VACUNA ANTI-TETANICA DELTA VACUNA (TETANO)	SE APLICA 13/08/25
AUDIOMETRIA TAMIZ	NORMAL
OPTOMETRIA	NORMAL
MEDICINA OCUPACIONAL	ACTIVIDAD FISICA, MINIMO 30 MINUTOS MINIMO 4 VECES POR SEMANA. CREAR Y/O MANTENER HÁBITOS SALUDABLES. MANTENER UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS EN EL PUESTO DE TRABAJO PARA PREVENIR LESIONES OSTEOMUSCULARES Y MEJORAR EL DESEMPEÑO. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A LOS RIESGOS DE SU OFICIO
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL

Concepto Laboral

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	SVE

Información de Remisiones

NO

Consideraciones Jurídicas

'CONSIDERACIONES JURÍDICAS
Las resoluciones 2346 de 11 de julio de 2007 y la 1918 de junio de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen que reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objetivo 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 del aspirante. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO del paciente. 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 Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hace parte integral de su historial médico.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, 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.

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes están completas y son verídicas; autorizo a la IPS SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO para que emita un certificado de aptitud con unas recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para el programas de seguridad y salud en el trabajo y se recomienda realizar exámenes ocupacionales acorde a la matriz de peligros y profesiograma.
'

Cindy V. Duque P.

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CINDY VANESA DUQUE PEREZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA: 1152206185
RG. 1152206185 - LIC. 2021060132663

Serbilio Sabugara Conde

Firma y cédula del Paciente
SERBILIO SABUGARA CONDE
Identificación: 1076018302



Certificado Médico Laboral

Comfenalco Antioquia

SMSI SERVICIOS MÉDICOS SAN IGNACIO

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO S.A.S. NIT 890933726-1

Fecha Cierre: 05/08/2025

Certificado de aptitud: 1039085158-1884846

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

Información de la Empresa

Empresa: MARIDO EN CASA S.A.S.
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:

Información del Paciente

Fecha y Lugar:	05 ago. 2025 - MEDELLIN - ANTIOQUIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	KEINER JOSE RICARDO REGINO	**Identificación:**	1039085158
Género	MASCULINO **Edad:** 19	**Teléfono**	3117677632 **Móvil:** 3117677632
Fecha Nacimiento:	11/06/2006	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	NO REPORTA
Dirección	MANRIQUE	**Cargo:**	AYUDANTE
Peso: 54 Talla: 174 IMC: 17.84		**AREA: OPERATIVA**	

Exámenes Diagnósticos Realizados

AUDIOMETRIA TAMIZ	NORMAL	
OPTOMETRIA	NORMAL	
MEDICINA OCUPACIONAL		DIETA ALTA EN PROTEINAS Y LACTEOS, REALIZAR EJERCICIOS ANAEROBICOS PARA FORTALECIMIENTO MUSCULAR Y AUMENTAR LA MASA MUSCULAR; Y ASÍ GANAR PESO -- *HIGIENE POSTURAL * PAUSAS ACTIVAS ACORDE AL PROGRAMA DE PREVENCION EMPRESARIAL * USO DE EPP SEGUN RIESGO LABORAL
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL	

Concepto Laboral

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	SVE

Información de Remisiones

NO

857

Consideraciones Jurídicas

'CONSIDERACIONES JURÍDICAS
Las resoluciones 2346 de 11 de julio de 2007 y la 1918 de junio de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen que reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objetivo 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 del aspirante. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO del paciente. 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 Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hace parte integral de su historial médico.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, 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.

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes están completas y son verídicas; autorizo a la IPS SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO para que emita un certificado de aptitud con unas recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para el programas de seguridad y salud en el trabajo y se recomienda realizar exámenes ocupacionales acorde a la matriz de peligros y profesiograma.
'

MEDICO SALUD OCUPACIONAL
ZAIRA CLARETH GOMEZ GRANADOS
CÉDULA DE CIUDADANÍA: 57441738
RG- 08-1557-01 - LUC. S2018060363265

Keiner Jose Ricardo Regino

Firma y cédula del Paciente
KEINER JOSE RICARDO REGINO
Identificación: 1039085158

RESPIRA SALUD INTEGRAL S.A.S, 901434599-0
Sede: IPS RESPIRA SALUD
Dirección: CR 65 40 27 LC 101-102
Teléfono: 3217817463

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Id: 3981-1454584
Fecha: 2025-07-09 09:15:50

Datos Generales del Paciente					
Paciente:	CC : 98682108, DONAIDO ANTONIO TUBERQUIA LOPEZ				
Fecha de Nacimiento:	1980-12-20	**Género:** Hombre	**Edad:** 44	**Teléfono:** 3108952092	
Dirección:	CARRERA 38 # 120			**Ciudad residencia:**	MEDELLÍN
Estado Civil:	CASADO			**Escolaridad:**	Básica Primaria
Ocupación:	AYUDANTE DE OBRA				
Razón Social/Pagador:	CONSTRUCTORA S Y J SAS			**IPS :** IPS RESPIRA SALUD	
Profesional:	WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO | 1050961074				



* Empresa

CONSTRUCTORA S Y J SAS , Actividad económica: Construcción de edificios residenciales, Cargo: AYUDANTE DE OBRA, Tiempo: INGRESO

* Concepto

PREINGRESO - Examen de Pre-Ingreso
Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.

OSTEOMUSCULAR - Osteomuscular
Sin patología osteomuscular aparente

* Conductas ocupacionales preventivas

USO PERMANENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DENTRO DE LA JORNADA LABORAL, REALIZAR EJERCICIOS PREOPERACIONALES. PAUSAS ACTIVAS, CON ÉNFASIS EN CUELLO, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, CONTROL Y USO DE PROTECCIÓN DE ACUERDO AL PVE (PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA), CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SG SST DE LA EMPRESA. SE EXPLICA QUE TIENE UNA RESPONSABILIDAD LEGAL PARA TOMAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO REPORTANDO INFORMACIÓN CLARA Y VERAZ DE SU ESTADO DE SALUD.

* Se recomienda incluir en los sistemas de vigilancia epidemiológica

PSICOSOCIAL,OSTEOMUSCULAR

WILLIAM DEVOZ | MEDICO ESPECILISTA EN SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO
RM: 1050961074

DONAIDO ANTONIO TUBERQUIA LOPEZ
CC : 98682108

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISION
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

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

NO. CERTIFICADO	1.939.583				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	01/08/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.000.871.705	**EDAD**	22	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	MUÑOZ RUIZ STIVEN HUMBERTO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE		

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 PERIÓDICO - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

NO USO DE CORRECCION OPTICA

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISION
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

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

NO. CERTIFICADO	1.939.583				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	01/08/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.000.871.705	**EDAD**	22	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	MUÑOZ RUIZ STIVEN HUMBERTO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE		

Autorización de datos personales

Yo, MUÑOZ RUIZ STIVEN HUMBERTO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.000.871.705, 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 e 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. 1.000.871.705

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° 51.042

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	07 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	
URBIÑEZ GONZALEZ SOLANGEL	MASCULINO	54 AÑOS 4 MESES 19 DÍAS	CC (Tipo)	78296641 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE CONSTRUCCIÓN

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

Observaciones: *DEFECTO VISUAL LEVE*

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
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL ANUAL OPTOMETRIA EN SU EPS	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 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, PROMOVER CONDUCTAS DE NO DISTRACCION EN SU LUGAR DE TRABAJO.
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:		Firma:	
Nombre:	CC: 71768055 - DANIEL HUMBERTO RUIZ	Nombre:	URBIÑEZ GONZALEZ SOLANGEL
R. M.:	5030109 L.S.O.: 0015977	CC:	78296641

Código de Seguridad
D882J1P51042

Fecha Impresión:
23/08/2025 09:03:54 am

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DIAGNÓSTICO LABORAL
Exámenes Médicos Laborales

901904284-3

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO LABORAL SG S.A.S **NIT:** 901904284-3 **Teléfono:** 3103742555

Correo: diagnosticolaboralsg@gmail.com **Sede:** DIAGNOSTICO LABORAL SG S.A.S

Fecha del Exámen: 23/08/2025 08:58 Fecha Atención: 23/08/2025 07:34 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: JOHN ALEXANDER
Apellidos: CASTAÑO QUERUBIN
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 8439741
Fecha Nacimiento: 1985-10-08 Edad: 39 años
Sexo: Masculino
Dirección: ROBLEDO LAS MARGARITAS
Teléfono : 3117534071
Lugar Residencia: Medellín
Profesión/ocupación:
EPS: NUEVA EPS
ARL:
Pensiones: PROTECCION
Cesantias: PROTECCION

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSTRUCTORA SYJ S.A.S
Actividad Económica:

Empresa Misión: CONSTRUCTORA SYJ S.A.S

Cargo: AYUDANTE Perfil Biológico: Factores de Riesgo: Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto EXAMEN SATISFACTORIO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA EL CARGO

Recomendaciones para el trabajador

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. PACIENTE SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS COMPATIBLES CON COVID -19

Restricciones para el trabajador

NA

Recomendaciones para la Empresa

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

861

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO COMPLETO ✓ EXAMEN CON MEDICO OCUPACIONAL ✓ VISIOMETRIA

✓ AUDIOMETRIA TONAL

Tratamiento de Datos

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



JONCA SLANO

PROFESIONAL: DIUVANY FRANCISCO HERNANDEZ VELEZ

Documento: Cédula de ciudadanía: 15506105

MEDICO OCUPACIONAL

Licencia: 25-1362-2025

Especialista en: OCUPACIONAL

Registro: 5-0898-97

PACIENTE: JOHN ALEXANDER CASTAÑO QUERUBIN

Documento: Cédula de ciudadanía: 8439741

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-Antioquia
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:	348406	**Documento:**	1037666833
Nombre:	JOSE ANDRES ORREGO MANCO	**Sexo:**	Masculino
Fecha nacimiento:	1998-06-10	**Edad (años):**	27
Fecha Diligenciamiento examen:	2025-07-30 11:01 am	**Fecha impresión:**	2025-07-30 01:02 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:	CLLE 55 G A # 14 INT 102	**Barrio:**	CAICEDO
Celular:	3215936874	**Teléfono:**	3215936874
Escolaridad:	Secundaria Incompleta	**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):**	COLPENSIONES
Nombre del acompañante:	NO APLICA	**Teléfono acompañante:**	NO APLICA
Nombre del responsable:	NO APLICA	**Teléfono responsable:**	NO APLICA
Parentesco responsable:	NO APLICA		

Sr(a). Leidy Carolina Perez Velez
Registro:
Recepcionista
Cédula de Ciudadanía : 1020465339

862

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-Antioquia
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

. CONTROL PRIORITARIO POR OPTOMETRÍA . REQUIERE GAFAS PERMANENTES PARA USO DIARIO Y TRABAJAR
. REALIZAR LABORES DE CERCA Y DE VISION GRUESA
NO PRESENTA RESTRICCIÓN PARA EL CARGO A NIVEL DEL PISO
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA SEGÚN LABOR,
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL,
IMPLEMENTAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

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 Accidentalidad por Defectos Visuales
UTILIZAR MONOGAFAS AL EXPONERSE A RIESGO MECÁNICO (PROYECCIÓN DE PARTÍCULAS).
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA.

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.

Otros

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-Antioquia
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)

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

JOSE ANDRES ORREGO MANCO
Cédula de Ciudadanía : 1037666833

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.

e63

Fecha Impresión:
19/08/2025 09:58:08 am

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DIAGNÓSTICO LABORAL
Exámenes Médicos Laborales

901904284-3

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO LABORAL SG S.A.S **NIT:** 901904284-3 **Teléfono:** 3103742555

Correo: diagnosticolaboralsg@gmail.com **Sede:** DIAGNOSTICO LABORAL SG S.A.S

Fecha del Exámen: 16/08/2025 08:31 Fecha Atención: 16/08/2025 07:06 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: JHONY ARLEY
Apellidos: MENESES OSORIO
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 1017122903
Fecha Nacimiento: 1986-02-04 Edad: 39 años
Sexo: Masculino
Dirección: POPULAR
Teléfono : 3135859511
Lugar Residencia: Medellín
Profesión/ocupación:
EPS: NUEVA EPS
ARL:
Pensiones: COLFONDOS
Cesantias: COLFONDOS

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSTRUCTORA SYJ S.A.S Actividad Económica:

Empresa Misión: CONSTRUCTORA SYJ S.A.S

Cargo: AYUDANTE Perfil Biológico: Factores de Riesgo: Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA EL CARGO

Recomendaciones para el trabajador

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL Y UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ACORDE A SU LABOR.

* CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES EN PRO AL SISTEMA DE GESTIÓN EN SST QUE SE REALICEN EN LA EMPRESA.

* HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. HACER EJERCICIO REGULAR DE 3 A 6 VECES POR SEMANA, DISMINUIR EL CONSUMO DE CARBOHIDRATOS Y GRASAS EN LA DIETA.

Restricciones para el trabajador

NO

Recomendaciones para la Empresa

* REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL Y UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ACORDE A SU LABOR.

* CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES EN PRO AL SISTEMA DE GESTIÓN EN SST QUE SE REALICEN EN LA EMPRESA.

* HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

SE REVISAN EXAMENES DE LABORATORIO DE CENTRAL DE REFERENCIA DE HOY (COLESTEROL TOTAL, GLUCEMIA Y TRIGLICERIDOS)

* HIGIENE VISUAL Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL OCULAR ACORDE A SU LABOR.

*CAPACITACIÓN EN TAREAS ACORDE A SU LABOR.

* CAPACITACIÓN EN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

Procedimientos Realizados

✔ EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO COMPLETO ✔ EXAMEN CON MEDICO OCUPACIONAL ✔ VISIOMETRIA

✔ AUDIOMETRIA TONAL

Tratamiento de Datos

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

PROFESIONAL: JULIO HERNAN GALLEGO CASTRO

Documento: Cédula de ciudadanía: 98549603

MEDICO OCUPACIONAL

Licencia: Lic. de S.O. 020111

Especialista en: OCUPACIONAL

Registro: 2918/2000

PACIENTE: JHONY ARLEY MENESES OSORIO

Documento: Cédula de ciudadanía: 1017122903

Mediclinico San Francisco S.A.S.

¡ Tu Bienestar es nuestro mayor compromiso !

Direccion: Calle 49 45 81 Piso 2 Edificio Cataluna Medellin, Antioquia

Fecha Reporte : 08/02/2025 HORA : 07:48

Tipo de Examen : EVALUACIÓN OCUPACIONAL



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

Código de Seguridad

INFORMACIÓN GENERAL

Empresa usuaria: CONSTRUCTORES HENAO PATIÑO S.A.S

Mision en:

Nombre Del Trabajador: FRANCISCO JAVIER OCHOA RUA

Documento: CC - 70327528

Estado civil: UNION LIBRE

Ocupación: OPERADOR DE MAQUINARIA

Escolaridad: Primaria

Dirección: VEREDA EL PARAISO

EPS: SALUD TOTAL

Sector Económico: ALQUILER DE EQUIPOS PARA LA...

N. de hijos: 2

Edad: 46

Género: MASCULINO

Teléfono: 3104701243

Municipio: GIRARDOTA (ANTIOQUIA)

AFP: NO DEFINIDO

ARL: NO DEFINIDA

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

- Visiometría: Anormal.

- Audiometría: Anormal.

- Espirometría Computarizada: No realizada.

SINTOMAS NO RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD LABORAL

SI		NO	X

SINTOMAS RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD LABORAL

SI		NO	X

ACCIDENTES DE TRABAJO DURANTE ESTE EMPLEO

SI		NO	X

ENFERMEDAD PROFESIONAL DURANTE ESTE EMPLEO

SI		NO	X

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

EXAMEN PERIODICO- NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO, ENFERMEDADES LABORALES REFIERE DOTACION Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO

Visual [ ] Auditivo [ ] Biomecánico [X] Psicosocial [X] Cardiovascular [ ] R. Biológico [ ] Respiratorio [ ] Químico [ ] Voz [ ] Físico [ ]

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

De acuerdo con el Examen ocupacional PERIODICO realizado a FRANCISCO JAVIER OCHOA RUA con documento de identificación No. 70327528 se considera APTO PARA CONTINUAR EN EL CARGO CON RECOMENDACIÓN QUE NO LIMITA SU LABOR para desempeñar la ocupación de OPERADOR DE MAQUINARIA del sector económico ALQUILER DE EQUIPOS PARA LA CONSTRUCCION Y ANDAMIOS

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

RECOMENDACIONES ESTILOSDE VIDA SALUDABLE. Se deben implementar todas las medidas de prevención y protección requeridas para el desempeño seguro de la ocupación, realizando capacitación continua y el entrenamiento necesario, para el adecuado manejo de cargas y de las posturas en el trabajo, estimulando la práctica regular de pausas activas y los estilos de vida saludable.
Inicialmente se recomiendan hábitos de vida saludable, hacer dieta y ejercicio frecuente, disminuir grasas, dulces y harinas de la dieta.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- 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.
- Realizar las actividades de seguimiento definidas en el programa de Conservación Auditiva de la Empresa.



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

INFORMACIÓN GENERAL

Empresa usuaria: CONSTRUCTORES HENAO PATIÑO S.A.S
Mision en:
Nombre Del Trabajador: FRANCISCO JAVIER OCHOA RUA
Documento: CC - 70327528
Estado civil: UNION LIBRE
Ocupación: OPERADOR DE MAQUINARIA
Escolaridad: Primaria
Dirección: VEREDA EL PARAISO
EPS: SALUD TOTAL
Sector Económico: ALQUILER DE EQUIPOS PARA LA...

N. de hijos: 2
Edad: 46
Género: MASCULINO
Teléfono: 3104701243
Municipio: GIRARDOTA (ANTIOQUIA)
AFP: NO DEFINIDO
ARL: NO DEFINIDA

Código de Seguridad

- Utilizar protección auditiva tipo silicona en ambientes ruidosos tanto laborales como por fuera del trabajo y realizar auditoría a su adecuado uso.
- Capacitación y entrenamiento en el adecuado uso de los protectores auditivos.
- Realizar el seguimiento definido en el programa de Conservación respiratoria.
- Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta producto y nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
- Capacitación y entrenamiento en el adecuado uso de la protección respiratoria.
- 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.
- Los hombres no deben movilizar cargas desde el piso superiores a 25 Kg ó 50 Kg sobre hombros o espalda.
- Verificar en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

RECOMENDACIONES MEDICAS

Presenta un defecto de refracción (alteración visual), en caso de ser necesario usar los lentes formulados en su EPS, asistir a los controles y revisiones periódicas, seguir las indicaciones del profesional, para evitar la astenopia (cansancio visual) que eventualmente puede generar un bajo rendimiento laboral y un mayor riesgo de accidentalidad.
Dentro de la evaluación médica integral realizada a este trabajador, se le hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular y de columna vertebral, no encontrándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Se deben implementar todas las medidas de prevención y protección requeridas para el desempeño seguro de la ocupación, realizando capacitación continua y el entrenamiento necesario, para el adecuado manejo de cargas y de las posturas en el trabajo, estimulando la práctica regular de pausas activas y los estilos de vida saludables..
Presenta alteración auditiva bilateral.Ingresar al sistema de vigilancia epidemiológico para riesgos auditivos por RUIDO. Usar doble protección auditiva, es decir, de inserción y de copa a la vez al exponerse a ruidos mayores de 80 decibeles /8 horas. Pedir revisiones periódicas con su médico para control de la patología auditiva. Presenta más riesgo relativo frente al daño auditivo que la población general.

CONSIDERACIONES JURIDICAS

Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio del 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 del aspirante. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO LABORAL del aspirante, el cual se envía con él y que también puede ser consultado en nuestra línea telefónica 444 5885. 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.



CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO

INFORMACIÓN GENERAL

Código de Seguridad

Empresa usuaria:	CONSTRUCTORES HENAO PATIÑO S.A.S		
Mision en:			
Nombre Del Trabajador:	FRANCISCO JAVIER OCHOA RUA	N. de hijos:	2
Documento:	CC - 70327528	Edad:	46
Estado civil:	UNION LIBRE	Género:	MASCULINO
Ocupación:	OPERADOR DE MAQUINARIA	Teléfono:	3104701243
Escolaridad:	Primaria	Municipio:	GIRARDOTA (ANTIOQUIA)
Dirección:	VEREDA EL PARAISO	AFP:	NO DEFINIDO
EPS:	SALUD TOTAL	ARL:	NO DEFINIDA
Sector Económico:	ALQUILER DE EQUIPOS PARA LA...		

Próxima valoración ocupacional: 1 AÑO **Remisión EPS :** NO **Remisión ARL :** NO

IGNACIO SERNA
Registro Médico : 08910 Licencia S.O. S2017060103946
Cirujano especialista y Medicina Laboral y del Trabajo

FRANCISCO JAVIER OCHOA RUA
CC - 70327528

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-Antioquia
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:	348369	**Documento:**	11005262
Nombre:	ALBERTO DIONICIO ARRIETA PEREZ	**Sexo:**	Masculino
Fecha nacimiento:	1965-02-08	**Edad (años):**	60
Fecha Diligenciamiento examen:	2025-07-29 10:31 am	**Fecha impresión:**	2025-07-30 11:36 am

Tipo examen:	Ingreso		
Empresa:	CONSTRUCTORA EXCAVACIONES PILAS & ESTRUCTURAS S.A.S	**Empresa en misión:**	
Estado civil:	Unión Libre	**Hijos:**	3
Departamento:	ANTIOQUIA	**Ciudad:**	Medellín
Dirección:	CLLE 81 # 90	**Barrio:**	ROBLEDO
Celular:	3008189696	**Teléfono:**	3008189696
Escolaridad:	Primaria Completa	**Profesión:**	NINGUNA
Oficio:	AYUDANTE	**Actividad Económica:**	CONSTRUCCION
Tipo vinculación Entidad Promotora de Salud (EPS):	Cotizante	**Empresa Promotora de Salud (EPS):**	CAJACOPI
Administradora de Riesgos Laborales (ARL):	SURA	**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). Leidy Carolina Perez Velez
Registro:
Recepcionista
Cédula de Ciudadanía : 1020465339

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-Antioquia
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
CONTROL POR OPTOMETRÍA
REALIZAR LABORES E VISION GRUESA
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA SEGÚN LABOR,
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL,
IMPLEMENTAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

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 Accidentalidad por Defectos Visuales
UTILIZAR MONOGAFAS AL EXPONERSE A RIESGO MECÁNICO (PROYECCIÓN DE PARTÍCULAS).
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA.

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.

Otros

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-Antioquia
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)

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

ALBERTO DIONICIO ARRIETA PEREZ
Cédula de Ciudadanía : 11005262

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.

867

Fecha Impresión:
21/08/2025 12:21:23 pm

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DIAGNÓSTICO LABORAL
Exámenes Médicos Laborales

901904284-3

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO LABORAL SG S.A.S **NIT:** 901904284-3 **Teléfono:** 3103742555

Correo: diagnosticolaboralsg@gmail.com **Sede:** DIAGNOSTICO LABORAL SG S.A.S

Fecha del Exámen: 21/08/2025 07:32 Fecha Atención: 21/08/2025 06:40 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: MARLON DUVAN
Apellidos: AYALA PEREZ
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 1094446833
Fecha Nacimiento: 2002-03-21 Edad: 23 años
Sexo: Masculino
Dirección: CRA 38 # 96 - 32
Teléfono : 32278540976
Lugar Residencia: Medellín
Profesión/ocupación:
EPS: NUEVA EPS
ARL:
Pensiones: PROTECCION
Cesantias: PROTECCION

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSTRUCTORA SYJ S.A.S Actividad Económica:

Empresa Misión: CONSTRUCTORA SYJ S.A.S

Cargo: AYUDANTE Perfil Biológico: Factores de Riesgo: Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto EXAMEN SATISFACTORIO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA EL CARGO

Recomendaciones para el trabajador

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. PACIENTE SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS COMPATIBLES CON COVID -19

Restricciones para el trabajador

NA

Recomendaciones para la Empresa

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

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO COMPLETO ✓ EXAMEN CON MEDICO OCUPACIONAL ✓ VISIOMETRIA

✓ AUDIOMETRIA TONAL

Tratamiento de Datos

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



PROFESIONAL: DIUVANY FRANCISCO HERNANDEZ VELEZ

Documento: Cédula de ciudadanía: 15506105

MEDICO OCUPACIONAL

Licencia: 25-1362-2025

Especialista en: OCUPACIONAL

Registro: 5-0898-97

PACIENTE: MARLON DUVAN AYALA PEREZ

Documento: Cédula de ciudadanía: 1094446833

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° 51.683

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	08 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)

HERNANDEZ PEREZ BRAYAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	22 AÑOS 8 MESES 18 DÍAS	CC	1000568441
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR SST

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

Observaciones: *OI: DISMINUCIÓN AUDITIVA DE GRADO LEVE*

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
ESPECIALISTA : OTORRINOLARINGOLOGO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA	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 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. PACIENTE SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS COMPATIBLES CON COVID -19
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:		Firma:	Brayan
Nombre:	CC: 71700972 - PABLO EMILIO ORTIZ	Nombre:	HERNANDEZ PEREZ BRAYAN
R. M.:	71700972	CC:	1000568441
L.S.O.:	2023060334448		

Código de Seguridad
Q882U1A51683



Certificado Médico Laboral

Comfenalco Antioquia

SMSI SERVICIOS MÉDICOS SAN IGNACIO

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO S.A.S. NIT: 890933726-1

Fecha Cierre: 5/08/2025

Certificado de aptitud: 1028280313-1884838

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

Información de la Empresa

Empresa: MARIDO EN CASA S.A.S.
Actividad Económica:

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:

Información del Paciente

Fecha y Lugar:	05 ago. 2025 - MEDELLIN - ANTIOQUIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	YOSER FARID CARVAJAL ARROYO	**Identificación:**	1028280313
Género	MASCULINO **Edad:** 20	**Teléfono**	3116443183 **Móvil:** 3116443183
Fecha Nacimiento:	17/12/2004	**EPS:**	SAVIA SALUD
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	NO REPORTA
Dirección	BR ROBLEDO	**Cargo:**	AYUDANTE
Peso: 65 Talla: 173 IMC: 21.72		**AREA: OPERATIVA**	

Exámenes Diagnósticos Realizados

AUDIOMETRIA TAMIZ	NORMAL
OPTOMETRIA	NORMAL
MEDICINA OCUPACIONAL	CREAR Y/O MANTENER HÁBITOS SALUDABLES. MANTENER UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A LOS RIESGOS DE SU OFICIO
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL

Concepto Laboral

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	SVE

Información de Remisiones

NO

Consideraciones Jurídicas

'CONSIDERACIONES JURÍDICAS

Las resoluciones 2346 de 11 de julio de 2007 y la 1918 de junio de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen que reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objetivo 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 del aspirante. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO del paciente. 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 Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hace parte integral de su historial médico.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, 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.

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes están completas y son verídicas; autorizo a la IPS SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO para que emita un certificado de aptitud con unas recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para el programas de seguridad y salud en el trabajo y se recomienda realizar exámenes ocupacionales acorde a la matriz de peligros y profesiograma.

'

MEDICO
JHONY ENRIQUE SARMIENTO BARBOZA
CÉDULA DE CIUDADANÍA: 9100613
REG. 5559110 - LIC. 2018060031133

Firma y cédula del Paciente
YOSER FARID CARVAJAL ARROYO
Identificación: 1028280313

CENTRAL MEDICAL GROUP S.A.S
Especialistas en salud Ocupacional

CERTIFICADO LABORAL
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR



Fecha: 18/Jul/2025, **Hora:** 07:34:00 a.m. **HC:** # 61126 **Edad:** 21 años
Apellido: ALZATE LOPEZ **Nombre:** YORDANY
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1001470358 **Sexo:** Masculino ♂ **Rh:** O+
Direccion: ROBLEDO SANTA MARIA **Nacim:** 26/Jul/2003
Estado Civil: SOLTERO(A) **EPS:** SAVIA SALUD- E.P.S **ARL:** **AFP:**
Empresa: INGENIERIA Y CONSULTORIA EN CONSTRUCCION Y URBANISMO LTDA, **Emp. Usuaria:** ITC
Cargo: AYUDANTE **Ciudad:** ANTIOQUIA - ITAG&UUML:Í
Peso: 80 Kg **Estatura:** 173 Cm **IMC:** 26.7 **Escolaridad:** BACHILLERATO INCOMPLETO **Jornada Laboral:** DIURNA
IPS que Atendio: . Ciudad de Atención:

EXAMEN OCUPACIONAL

Examenes Realizados

AUDIOMETRIA TAMIZ	GLICEMIA	COLESTEROL TOTAL	TRIGLICERIDOS	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO-ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	VISIOMETRIA TAMIZAJE

Concepto

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
APTO PARA EL CARGO.

Concepto para Trabajos en Altura

examen físico osteomuscular sin alteración al momento de la evaluación, pruebas de equilibrio estático y dinámico sin alteración romberg test negativo, prueba dedo nariz sin alteración, no refiere mareos, vértigo, síncope, convulsiones, aerofobia, enfermedades cardiovasculares, endocrinas, metabólicas descompensadas, niega polifagia, niega polidipsia, niega perdida o aumento de peso en los últimos 6 meses, niega tinitus, niega fosfenos, niega antecedentes personales relacionados con patologías psiquiátricas, sin temor a las alturas.

RESOLUCIÓN 3673 DE 08 QUE ES EL REGLAMENTO TÉCNICO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS. JUNTO CON CIRCULAR 070 DE 09 QUE DEFINEN LOS PROCEDIMIENTOS E INSTRUCCIONES PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS, RESOLUCIÓN 4272 DEL 2021 ESTABLECE LOS REQUISITOS MÍNIMOS DE SEGURIDAD PARA EL DESARROLLO DE TRABAJO EN ALTURAS.

PACIENTE APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Recomendaciones

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROTOCOLOS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
CONOCER Y CUMPLIR LAS NORMAS DE SST DADAS POR LA EMPRESA
CAPACITAR EN TECNICA ADECUADA PARA MANEJO DE CARGAS ACORDES CON SU CARGO Y RIESGO
PRACTICAR Y CONSERVAR HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE(HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA)
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO AL CARGO Y LAS FUNCIONES A DESEMPEÑAR
.
Otras: PACIENTE SIN NINGUN TIPO DE RECOMENDACION MEDICA AL MOMENTO DE SU EVALUACION OCUPACIONAL.

Observaciones

DESPUÉS DE UNA EVALUACIÓN EXHAUSTIVA, SE DETERMINÓ QUE EL PACIENTE POSEE LA CAPACIDAD FÍSICA NECESARIA PARA REALIZAR TAREAS QUE REQUIEREN ESFUERZO FÍSICO. LA EVALUACIÓN INCLUYÓ UNA REVISIÓN DETALLADA DE SU SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO, SIN ENCONTRAR EVIDENCIA DE CONDICIONES QUE PUEDAN AFECTAR SU DESEMPEÑO LABORAL.

EVALUACIONES REALIZADAS:

1. OSTEOMUSCULAR: La evaluación osteomuscular reveló que el paciente no presenta anomalías significativas en su sistema musculo esquelético, lo que le permite realizar tareas que requieren esfuerzo físico.

2. AUDITIVO: La evaluación auditiva mostró que el paciente tiene una capacidad auditiva normal, lo que le permite percibir sonidos y comunicarse de manera efectiva.

3. VISUAL: La evaluación visual reveló que el paciente tiene una visión clara y precisa, lo que le permite realizar tareas que requieren visión detallada.

4. LABORATORIOS: Los exámenes de laboratorio no revelaron anomalías significativas en los parámetros evaluados.

EL PACIENTE ESTÁ APTO PARA REALIZAR SU LABOR DE MANERA SEGURA Y EFECTIVA, SIN RESTRICCIONES Y/O RECOMENDACIONES SIGNIFICATIVAS.

HISTORIA CLINICA Y CONCEPTO EMITIDO BAJO LA RESOLUCION 1843 DEL 2025

Cumpliendo con la normatividad vigente del articulo **10** de la resolucion **2346** del **2007** y la resolucion **1111** del **2017** al ítem 3.1.4.En atencion al Examen Medico Ocupacional que le fue realizado por **IPS CENTRAL MEDICAL GROUP SAS**.Como proveedor de evaluaciones ocupacionales, en el marco del sistema de Gestion de la seguridad y Salud en el trabajo, en el presente documento le hacemos entrega de las recomendaciones medicas emitidas por el Medico Especialista en seguridad y salud en el trabajo, las cuales, agradecemos acoger y gestionar en su entidad de salud, segun corresponda.

Calle 33 # 74b-130 Laureles-Medellin/celular-wasatp 3122956986/fijo directo 604-7770280

Dr. Cesar B.
RM: 9606/87
Especialista Ocupacional

CESAR BARCO
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
Lic. de S.O #: OCTUBRE 6 DE 2017
Registro #: DEPAR/3878-1 Y REG MEDICO 9606/87

YORDANY ALZATE LOPEZ
CC 1001470358

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISION
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

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

NO. CERTIFICADO	1.951.218				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	13/08/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.005.660.413	**EDAD**	25	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	SALAZAR SALCEDO ANA LUCIA				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	INGENIERA AUXILIAR		

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 - 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 - 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 - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRIA

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISION
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

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

NO. CERTIFICADO	1.951.218				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	13/08/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.005.660.413	**EDAD**	25	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	SALAZAR SALCEDO ANA LUCIA				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	INGENIERA AUXILIAR		

Autorización de datos personales

Yo, SALAZAR SALCEDO ANA LUCIA, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.005.660.413, 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 e 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:

Ana Salaza S.

CC. 1.005.660.413

Profesional

Walter Alain Sánchez V.
Medicina del Trabajo
Especialista SST - Ocupacional

WALTER ALAIN SANCHEZ VALLEJO - LIC. SO 2022060086805

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA	EMPRESA EN MISION
EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS	EMCO SOLUCIONES CIVILES SAS

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

NO. CERTIFICADO	1.958.762				
CIUDAD	MEDELLIN - CIMA OCUPACIONAL S.A.S.				
FECHA	22/08/2025	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 70.579.477	**EDAD**	52	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	ZAPATA CARLOS MIGUEL				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	ENCARGADO DE OBRA		

EXÁMENES REALIZADOS

ANEXO TRABAJO EN ALTURA - AUDIOMETRÍA - COLESTEROL HDL - COLESTEROL LDL - COLESTEROL TOTAL - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE ALTURAS - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - GLICEMIA PRE - TRIGLICÉRIDOS - VISIOMETRÍA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	Apto para trabajar en alturas

RECOMENDACIONES GENERALES

REQUIERE USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE***SE EVIDENCIA ANORMALIDAD EN PRUEBA AUDITIVA. ESTE HALLAZGO NO LO(A) RESTRINGE PARA EL CARGO ACTUAL. ANTE EXPOSICIÓN A RUIDO, REQUIERE USO ESTRICTO DE EPP AUDITIVO.**REQUIERE VALORACIÓN Y MANEJO CON MEDICO OTORRINOLARINGÓLOGO EN SU ENTIDAD DE SALUD***.***SE EVIDENCIA ANORMALIDAD EN EL RESULTADO DE LOS NIVELES SANGUÍNEOS DE LOS LÍPIDOS. ESTE HALLAZGO NO LO RESTRINGE PARA EL CARGO ACTUAL,SIN EMBARGO, EL TRABAJADOR REQUIERE VALORACIÓN POR MEDICO Y NUTRICIÓN EN SU ENTIDAD DE SALUD***

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

*INGRESAR AL PVE AUDITIVO. - 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 - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - PREVENIR EL USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA O DISPOSITIVOS AUDITIVOS DE INSERCIÓN - 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

REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - SE INDICA VALORACIÓN MEDICA - 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 PERIÓDICO - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA)

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA