DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 71098	**DOC DE IDENT:** 1082942983	**EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025
NOMBRE DEL PACIENTE:	LUIS DANIEL DE LA ROSA VISBAL	
CARGO: auxiliar		

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	CONSORCIO VIALMED 2025		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-07-22	**Hora Atención**	07:27:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	Requisitos
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

Tipos de Evaluación	Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS - ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS

Fecha Impresión:
24/07/2025 04:58:30 pm

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 22/07/2025 08:22 Fecha Atención: 22/07/2025 07:27 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: LUIS DANIEL Apellidos: DE LA ROSA VISBAL

Tipo Documento: Cédula de ciudadanía Nro Documento: 1082942983

Fecha Nacimiento: 1991-10-09 Edad: 33 años Sexo: Masculino

Dirección: CALDAS

Pensiones: proteccion

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025

Empresa Misiu00f3n: CONSORCIO VIALMED 2025

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

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORES EN ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

ninguna

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	✓ AUDIOMETRIA TONAL	✓ VISIOMETRIA
✓ COLESTEROL TOTAL	✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓ TRIGLICERIDOS
✓ OSTEOMUSCULAR	✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL	

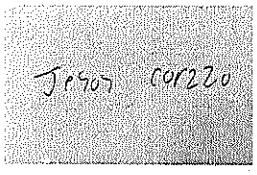
Recomendaciones Generales

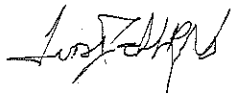
✓	Pausas Activas	✓	Higiene Postural

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 éntes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento





PROFESIONAL: JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA

MEDICO

Licencia: S.O 44 685/2014

Especialista en: medicina laboral

Registro: 0685

PACIENTE: LUIS DANIEL DE LA ROSA VISBAL

Documento: Cédula de ciudadanía: 1082942983

Fecha Impresión:
05/08/2025 07:27:50 am

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DPLaboral CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 04/08/2025 09:12 Fecha Atención: 04/08/2025 07:42 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: ANDY JAVIER		Apellidos: ANAYA NIETO
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía		Nro Documento: 1073972876
Fecha Nacimiento: 1986-07-10	Edad: 39 años	Sexo: Masculino
Dirección: LA CUENCA		Teléfono : 3004199118
Lugar Residencia: Medellín		
Profesión/ocupación: INGENIERO CIVIL		
EPS: SURA		ARL:
Pensiones: PORVENIR		Cesantias:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025 Actividad Económica:

Empresa Misiu00f3n: CONSORCIO VIALMED 2025

ɔo: INGENIERO CIVIL Perfil Biológico: Factores de Riesgo: Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORES EN ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

NINGUNA

Recomendaciones para la Empresa

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	✓ AUDIOMETRIA TONAL	✓ VISIOMETRIA
✓ COLESTEROL TOTAL	✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓ TRIGLICERIDOS
✓ OSTEOMUSCULAR	✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL	

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 72917	**DOC DE IDENT:** 1073972876	**EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025
NOMBRE DEL PACIENTE:	ANDY JAVIER ANAYA NIETO	
CARGO: INGENIERO CIVIL		

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	CONSORCIO VIALMED 2025		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-04	**Hora Atención**	07:42:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	Requisitos
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

Tipos de Evaluación	Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS - ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS

Fecha Impresión:
11/08/2025 09:55:26 am

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

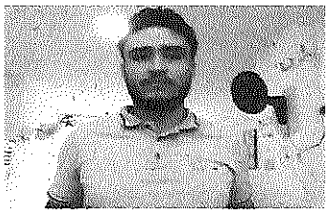
901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 05/08/2025 07:39 Fecha Atención: 05/08/2025 07:04 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: FEDERICO
Apellidos: AGUDELO MONCADA
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 1004519462
Fecha Nacimiento: 2002-06-19 Edad: 23 años
Sexo: Masculino
Dirección: BARRIO NUEVO BELL
Teléfono : 3225294961
Lugar Residencia: Medellín
Profesión/ocupación:
EPS: SALUD TOTAL
ARL:
Pensiones: COLPENSIONES
Cesantias:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025 Actividad Económica:

Empresa Misiu00f3n: CONSORCIO VIALMED 2025

Cargo: INGENIERO CIVIL Perfil Biológico: Factores de Riesgo: Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORES EN ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- se recomiedna formula de lentes permanente
- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

guna

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO ✓ AUDIOMETRIA TONAL ✓ VISIOMETRIA

✓ COLESTEROL TOTAL ✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO ✓ TRIGLICERIDOS

✓ OSTEOMUSCULAR ✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL

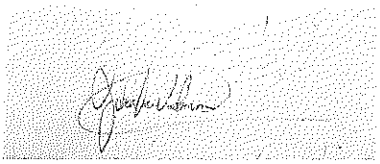
Recomendaciones Generales

✓ Pausas Activas ✓ Higiene Postural

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





PROFESIONAL: JULIAN DAVID BARRERA BARRER

mento: Cédula de ciudadanía: 1019088667

MEDICO

Licencia: 25258

Especialista en: medicina laboral

Registro: 1019088667

PACIENTE: FEDERICO AGUDELO MONCADA

Documento: Cédula de ciudadanía: 1004519462

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Asesores Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 73045 **DOC DE IDENT:** 1004519462 **EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: FEDERICO AGUDELO MONCADA

CARGO: INGENIERO CIVIL

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	CONSORCIO VIALMED 2025		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-05	**Hora Atención**	07:04:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	**Requisitos**
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

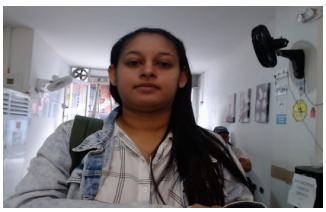
Tipos de Evaluación	Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS - ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS

Fecha Impresión: **11/08/2025 09:53:44 am**	**CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL**	DPLaboral CRC Exámenes para Conductores Exámenes Laborales 901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S.	**NIT:** 901019120-8	**Teléfono:** 4448326
Código de habilitación: 0526616533	**Correo:** alexbusta@gmail.com	**Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 06/08/2025 08:15	Fecha Atención: 06/08/2025 07:31	Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: EMI TATIANA		Apellidos: ARBELAEZ CORTES
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía		Nro Documento: 1152691705
Fecha Nacimiento: 1993-07-31	Edad: 32 años	Sexo: Femenino
Dirección: ITAGUI		Teléfono : 3043525795
Lugar Residencia: Medellín		
Profesión/ocupación:		
EPS: SURA		ARL:
Pensiones: PORVENIR		Cesantias:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025		Actividad Económica:	
Empresa Misiu00f3n: CONSORCIO VIALMED 2025			
Cargo: tecnologo administrativo	Perfil Biológico:	Factores de Riesgo:	Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto	SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORES EN ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

ninguna

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	✓ AUDIOMETRIA TONAL	✓ VISIOMETRIA
✓ COLESTEROL TOTAL	✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓ TRIGLICERIDOS

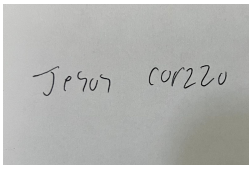
✓	OSTEOMUSCULAR	✓	PSICOLOGIA OCUPACIONAL		

Recomendaciones Generales		
✓ Pausas Activas	✓ Higiene Postural	

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: JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA	PACIENTE: EMI TATIANA ARBELAEZ CORTES
Documento: Cédula de ciudadanía: 1082906610	Documento: Cédula de ciudadanía: 1152691705
MEDICO	
Licencia: S.O 44 685/2014	
Especialista en: medicina laboral	
Registro: 0685	

Fecha Impresión:
11/08/2025 09:54:17 am

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

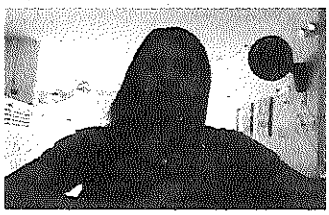
901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 05/08/2025 09:39 Fecha Atención: 05/08/2025 09:08 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: LINA MARIA
Apellidos: OCAMPO GOMEZ
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 1152215568
Fecha Nacimiento: 1996-11-14 Edad: 28 años
Sexo: Femenino
Dirección: ROBLEDO
Teléfono : 3022076315
Lugar Residencia: Medellín
Profesión/ocupación:
EPS: SALUD TOTAL
ARL:
Pensiones: proteccion
Cesantias:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025 Actividad Económica:

Empresa Misiu00f3n: CONSORCIO VIALMED 2025

Cargo: tecnologo civil Perfil Biológico: Factores de Riesgo: Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORES EN ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

ninguna

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO
✓ AUDIOMETRIA TONAL
✓ VISIOMETRIA
✓ COLESTEROL TOTAL
✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
✓ TRIGLICERIDOS

✓ OSTEOMUSCULAR ✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL

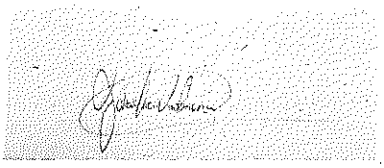
Recomendaciones Generales

✓ Pausas Activas ✓ Higiene Postural

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





PROFESIONAL: JULIAN DAVID BARRERA BARRER

umento: Cédula de ciudadanía: 1019088667

MEDICO

Licencia: 25258

Especialista en: medicina laboral

Registro: 1019088667

PACIENTE: LINA MARIA OCAMPO GOMEZ

Documento: Cédula de ciudadanía: 1152215568

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 73117 **DOC DE IDENT:** 1152215568 **EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: LINA MARIA OCAMPO GOMEZ

CARGO: tecnologo civil

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	CONSORCIO VIALMED 2025		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-05	**Hora Atención**	09:08:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	**Requisitos**
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

Tipos de Evaluación	Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS - ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS

Fecha Impresión: **15/08/2025 08:28:59 am**	**CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL**	DPLaboral CRC Exámenes para Conductores Exámenes Laborales 901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S.	**NIT:** 901019120-8	**Teléfono:** 4448326
Código de habilitación: 0526616533	**Correo:** alexbusta@gmail.com	**Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 05/08/2025 08:23	Fecha Atención: 05/08/2025 07:44	Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: ELKIN HERNANDO		Apellidos: MORA PUERTA
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía		Nro Documento: 98495085
Fecha Nacimiento: 1966-08-31	Edad: 58 años	Sexo: Masculino
Dirección: ROBLEDO		Teléfono : 3243215310
Lugar Residencia: Medellín		
Profesión/ocupación:		
EPS: SURA		ARL:
Pensiones: COLPENSIONES		Cesantias:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025		Actividad Económica:	
Empresa Misiu00f3n: CONSORCIO VIALMED 2025			
Cargo: supervisor	Perfil Biológico:	Factores de Riesgo:	Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto	SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORES EN ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

ninguna

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	✓ AUDIOMETRIA TONAL	✓ VISIOMETRIA
✓ COLESTEROL TOTAL	✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓ TRIGLICERIDOS

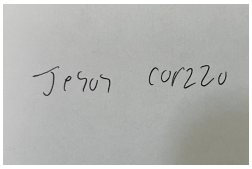
✓	OSTEOMUSCULAR	✓	PSICOLOGIA OCUPACIONAL		

Recomendaciones Generales		
✓ Pausas Activas	✓ Higiene Postural	

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: JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA	PACIENTE: ELKIN HERNANDO MORA PUERTA
Documento: Cédula de ciudadanía: 1082906610	Documento: Cédula de ciudadanía: 98495085
MEDICO	
Licencia: S.O 44 685/2014	
Especialista en: medicina laboral	
Registro: 0685	

Fecha Impresión:
15/08/2025 12:07:57 pm

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DPLaboral CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

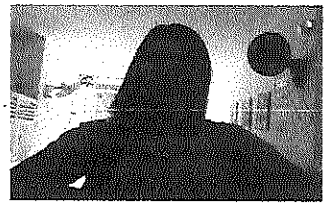
901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 05/08/2025 09:39 Fecha Atención: 05/08/2025 09:08 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: LINA MARIA
Apellidos: OCAMPO GOMEZ
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 1152215568
Fecha Nacimiento: 1996-11-14 Edad: 28 años
Sexo: Femenino
Dirección: ROBLEDO
Teléfono : 3022076315
Lugar Residencia: Medellín
Profesión/ocupación:
EPS: SALUD TOTAL
ARL:
Pensiones: proteccion
Cesantias:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025 Actividad Económica:

Empresa Misiu00f3n: CONSORCIO VIALMED 2025

Cargo: tecnologo civil Perfil Biológico: Factores de Riesgo: Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORES EN ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

ninguna

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO
✓ AUDIOMETRIA TONAL
✓ VISIOMETRIA
✓ COLESTEROL TOTAL
✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
✓ TRIGLICERIDOS

✓ OSTEOMUSCULAR ✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL

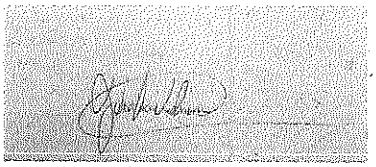
Recomendaciones Generales

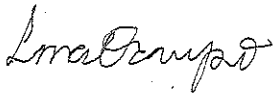
✓ Pausas Activas ✓ Higiene Postural

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: JULIAN DAVID BARRERA BARRER

Documento: Cédula de ciudadanía: 1019088667

MEDICO

Licencia: 25258

Especialista en: medicina laboral

Registro: 1019088667

PACIENTE: LINA MARIA OCAMPO GOMEZ

Documento: Cédula de ciudadanía: 1152215568

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 74188 **DOC DE IDENT:** 1000538542 **EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: LUISA MARIA BERMUDEZ CANO

CARGO: TECNOLOGA CIVIL

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	CONSORCIO VIALMED 2025		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-14	**Hora Atención**	07:25:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	Requisitos
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

Tipos de Evaluación	Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS - ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR - ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS

Fecha Impresión:
13/08/2025 03:07:54 pm

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 13/08/2025 07:44 Fecha Atención: 13/08/2025 07:00 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: LIZETH JULIANA
Apellidos: ALZATE ARBOLEDA
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 1037073873
Fecha Nacimiento: 1999-05-12 Edad: 26 años
Sexo: Femenino
Dirección: BELLO
Teléfono : 3106593076
Lugar Residencia: Medellín
Profesión/ocupación:
EPS: SURA
ARL: NO REFIERE
Pensiones: COLPENSIONES
Cesantias: NO REFIERE

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025 Actividad Económica:

Empresa Misiu00f3n: REHABILITACIÓN, MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA MALLA VIAL E INFRAESTRUCTURA ASOCIADA

Cargo: TECNOLOGO EN OBRA CIVIL Perfil Biológico: Factores de Riesgo: Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- SE RECOMEIDNA MEDIAS DE OMRPESIO EN HORARIO LABORAL
- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

NINGUNA

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	✓ AUDIOMETRIA TONAL	✓ VISIOMETRIA
✓ COLESTEROL TOTAL	✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓ TRIGLICERIDOS

✓ OSTEOMUSCULAR ✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL

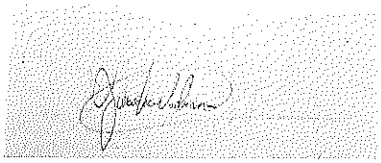
Recomendaciones Generales

✓ Pausas Activas ✓ Higiene Postural

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





PROFESIONAL: JULIAN DAVID BARRERA BARRER

Documento: Cédula de ciudadanía: 1019088667

MEDICO

Licencia: 25258

Especialista en: medicina laboral

Registro: 1019088667

PACIENTE: LIZETH JULIANA ALZATE ARBOLEDA

Documento: Cédula de ciudadanía: 1037073873

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 74001 **DOC DE IDENT:** 1037073873 **EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: LIZETH JULIANA ALZATE ARBOLEDA

CARGO: TECNOLOGO EN OBRA CIVIL

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	REHABILITACIÓN, MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA MALLA VIAL E INFRAESTRUCTURA ASOCIADA		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-13	**Hora Atención**	07:00:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	Requisitos
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

Tipos de Evaluación	Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 64890 **DOC DE IDENT:** 1065009003 **EMPRESA:** INGEALQUIPOS S.A.S

NOMBRE DEL PACIENTE: DANIEL ABDUL ACUÑA GOMEZ

CARGO: RESIDENTE DE OBRA

Empresa Contrata	INGEALQUIPOS S.A.S	**Empresa Factura**	INGEALQUIPOS S.A.S
Empresa Misión:	MALLA VIAL COPACABANA		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-06-04	**Hora Atención**	07:00:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	Requisitos
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

Tipos de Evaluación Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

Tipos de Énfasis ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Fecha Impresión:
04/06/2025 12:38:39 pm

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DPLaboral CRC

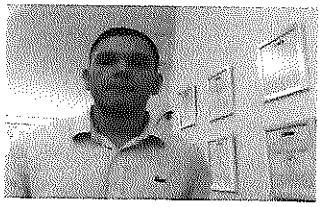
901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 04/06/2025 07:51 Fecha Atención: 04/06/2025 07:00 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: DANIEL ABDUL
Apellidos: ACUÑA GOMEZ
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 1065009003
Fecha Nacimiento: 1996-05-24 Edad: 29 años
Sexo: Masculino
Dirección: laureles
Pensiones: COLPENSIONES

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: INGEALQUIPOS S.A.S

Empresa Misión: MALLA VIAL COPACABANA

Cargo: RESIDENTE DE OBRA Perfil Biológico: Factores de Riesgo: Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

NINGUNA

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades fisicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1.5 metros de altitud: al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	✓ AUDIOMETRIA TONAL	✓ VISIOMETRIA
✓ COLESTEROL TOTAL	✓ GLUCOSA EN SUERO. LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓ TRIGLICERIDOS
✓ OSTEOMUSCULAR	✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL	

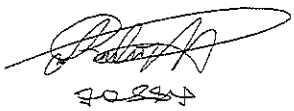
Recomendaciones Generales

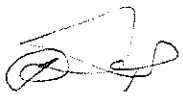
✓ Pausas Activas ✓ Higiene Postural

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





PROFESIONAL: PEDRO FRANCISCO MANJARRÉS PALACIO

MEDICO

Licencia: E-2017-00561

Especialista en: medicina laboral

Registro: 9042ej47

PACIENTE: DANIEL ABDUL ACUÑA GOMEZ

Documento: Cédula de ciudadanía: 1065009003

Fecha Impresión:
20/08/2025 03:00:04 pm

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DPLaboral CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

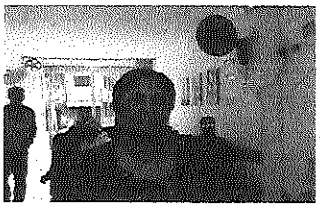
901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 15/08/2025 08:29 Fecha Atención: 15/08/2025 07:19 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: KATERINE
Apellidos: HERNANDEZ CHAURRA
Tipo Documento: Permiso de Protección Temporal
Nro Documento: 4554382
Fecha Nacimiento: 1978-04-23 Edad: 47 años
Sexo: Femenino
Dirección: ITAGUI
Teléfono : 3122818486
Lugar Residencia: Medellín
Profesión/ocupación:
EPS:
ARL:
Pensiones:
Cesantías:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025
Actividad Económica:
Empresa Misiu00f3n: CONSORCIO VIALMED 2025
Cargo: auistente administrativa
Perfil Biológico:
Factores de Riesgo:
Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	SIN HALLAZGOS A LA VALORACIÓN
ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORES EN ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- se recomeidna formulas d elenets,valoracion con optometria
- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio cardiovascular de 3 a 6 veces por semana
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

ninguna

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1.5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO
✓ AUDIOMETRIA TONAL
✓ VISIOMETRIA

✓ COLESTEROL TOTAL	✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓ TRIGLICERIDOS
✓ OSTEOMUSCULAR	✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL	

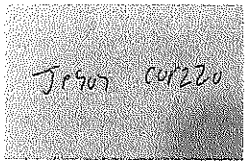
Recomendaciones Generales

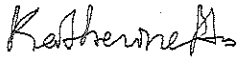
✓ Pausas Activas ✓ Higiene Postural

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento





PROFESIONAL: JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA

Documento: Cédula de ciudadanía: 1082906610

MEDICO

Licencia: S.O 44 685/2014

Especialista en: medicina laboral

Registro: 0685

PACIENTE: KATERINE HERNANDEZ CHAURRA

Documento: Permiso de Protección Temporal: 4554382

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 74314 **DOC DE IDENT:** 4554382 **EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: KATERINE HERNANDEZ CHAURRA

CARGO: auistente administrativa

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	CONSORCIO VIALMED 2025		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-15	**Hora Atención**	07:19:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

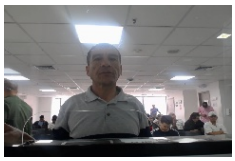
Examen	**Requisitos**
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

Tipos de Evaluación	Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS - ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR - ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 70137414-425830

Fecha y Lugar: 5/08/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322

Ciudad: MEDELLIN

E-Mail: facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	ALFONSO RAMIREZ ISAZA		**Identificación:**	70137414	**Rh:** RH O+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 52	**Teléfono:**	3127360805	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	12/09/1972 BARBOSA		**Cargo:**	LIGUERO	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE		**Escolaridad:**	PRIMARIA	
Dirección:	VEREDA YARUMITO BARBOSA		**EPS:**	EPS SURA	
ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		**AFP:**	COLPENSIONES	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

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

5. RESTRICCIONES

RESTRICCION VISUAL

6. RECOMENDACIONES

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

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

VISUAL -

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

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

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



Medico Especialista en Salud Laboral
ERNESTO CAMILO CAHUANA PINTO
4515

Firma y cédula del Paciente
ALFONSO RAMIREZ ISAZA
70137414

CONCEPTO MEDICO INGRESO



H.C.: 98662317-425751

Fecha y Lugar: 5/08/2025 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322

Ciudad: MEDELLIN

E-Mail: facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	ALVEIRO DEJESUS GALLEGO VELASQUEZ		**Identificación:**	98662317	**Rh:** RH A+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 49	**Teléfono:**	3147553944	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	1/01/1976 ANZA		**Cargo:**	LIGUERO	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Escolaridad:**	PRIMARIA	
Dirección:	ACEVEDO MEDELLIN		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		**AFP:**	COLFONDOS	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

REALIZAR VALORACION POR OPTOMETRIA - POR HALLAZGOS ANORMALES EN OPTOMETRIA TAMIZ.

5. RESTRICCIONES

VISUAL

6. RECOMENDACIONES

EL PACIENTE SE DEBE REALIZAR LA VALORACION POR OPTOMETRIA Y PUEDE VOLVER A PRESENTAR LA VALORACION DE OPTOMETRIA OCUPACIONAL CON LA CORRECCION PARA LEVANTAR LA RESTRICCION

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

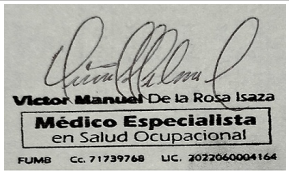
VISUAL	SEGUIMIENTO AGUDEZA VISUAL

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.
'



Medico Especialista en Salud Laboral
VICTOR MANUEL DE LA ROSA ISAZA
2022060004164 -510303

Firma y cédula del Paciente
ALVEIRO DEJESUS GALLEGO VELASQUEZ
98662317

CONCEPTO MEDICO INGRESO



H.C.: 21590352-427669

Fecha y Lugar: 22/08/2025 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322

Ciudad: MEDELLIN

E-Mail: facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	ANA YARLENIS AGUIRRE GALEANO		**Identificación:**	21590352	**Rh:** RH A+
Género:	FEMENINO	**Edad:** 41	**Teléfono:**	3103575311	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	5/08/1984 CACERES		**Cargo:**	AUXILIAR VIAL	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	MANRIQUE MEDELLIN		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		**AFP:**	PORVENIR S.A.	

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.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
COMBINAR TAREAS ESTÁTICAS CON OTRAS DE MOVIMIENTO DINÁMICO.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA.
REALIZAR EL SEGUIMIENTO DEFINIDO EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PÚBLICOS.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

VISUAL

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO

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

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

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

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

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

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones,

riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

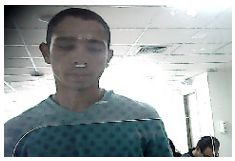
Medico Especialista en Salud Laboral
MONICA PAOLA GARCIA ABUABARA
2024060080201 reg

Firma y cédula del Paciente
ANA YARLENIS AGUIRRE GALEANO
21590352

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1001510330-426485

Fecha y Lugar: 11/08/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322 **Ciudad:** MEDELLIN **E-Mail:** facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	ANDRES FELIPE MISAS MENESES		**Identificación:**	1001510330	**Rh:** RH O+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 30	**Teléfono:**	3044686585	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	10/12/1994 ITUANGO		**Cargo:**	AYUDANTE	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	LA AURORA MEDELLIN		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		**AFP:**	PORVENIR S.A.	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

DEBE CONSULTAR A OPTOMETRIA, HABITOS DE VIDA SALUDABLE ****

5. RESTRICCIONES

RESTRICCION VISUAL TEMPORAL HASTA TENER LENTES FORMULADOS.

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
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

VISUAL -

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

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

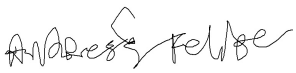
PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.
'





Medico Especialista en Salud Laboral
BELKY PATRICIA CORONELL ALBA
L.S 1157 Reg. 66631/05

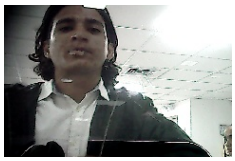


Firma y cédula del Paciente
ANDRES FELIPE MISAS MENESES
1001510330

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1001133444-425447

Fecha y Lugar: 1/08/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322 **Ciudad:** MEDELLIN **E-Mail:** facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	BRAYAN ESTIVEN USUGA GUISAO		**Identificación:**	1001133444	**Rh:** RH O+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 24	**Teléfono:**	3122653324	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	8/10/2000 MEDELLIN		**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	VALLEJUELOS MEDELLIN		**EPS:**	NO REPORTA	
ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		**AFP:**	NO REPORTA	

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
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

NO

Información de Remisiones

NO

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.
'



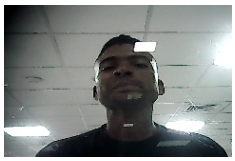




Medico Especialista en Salud Laboral
MONICA PAOLA GARCIA ABUABARA
2024060080201 reg

Firma y cédula del Paciente
BRAYAN ESTIVEN USUGA GUISAO
1001133444

CONCEPTO MEDICO INGRESO



H.C.: 1193127048-425599

Fecha y Lugar: 2/08/2025 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante: ESTRUCTURAS Y PAVIMENTOS S.A.S
NIT: 900243322
Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025
Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106
Teléfono: 3127048486 - 3
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: facturas@estructurasypavimentos.com

Actividad Económica:
Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: CRISTIAN JOB PADILLA CALLE
Género: MASCULINO **Edad:** 24
Fecha y Lugar de Nacimiento: 20/01/2001 MONTELIBANO
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: MONTELIBANO MEDELLIN
ARL: SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.
Identificación: 1193127048
Teléfono: 3117135645
Cargo: AYUDANTE DE OBRA
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: SANITAS S.A.
AFP: PORVENIR S.A.
Rh: RH A+
Móvil:

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

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

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

VISUAL -

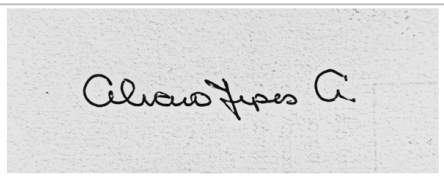
Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

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

conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.

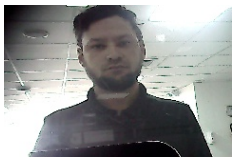


Médico Especialisa en Salud Laboral
ALVARO DE JESUS YEPES ALVAREZ
2019060432521 -



Firma y cédula del Paciente
CRISTIAN JOB PADILLA CALLE
1193127048

CONCEPTO MEDICO INGRESO



H.C.: 1001226017-426450

Fecha y Lugar: 11/08/2025 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322

Ciudad: MEDELLIN

E-Mail: facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	DANIEL SANTIAGO GALEANO RIOS		**Identificación:**	1001226017	**Rh:** RH A+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 27	**Teléfono:**	3195742688	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	6/11/1997 MEDELLIN		**Cargo:**	RASTRILLERO.	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	CRA 51 B # 104 A 04 MEDELLIN		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		**AFP:**	PORVENIR S.A.	

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
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

VISUAL

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.
'



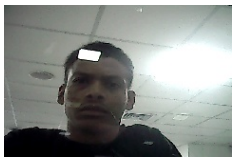




Medico Especialista en Salud Laboral
MONICA PAOLA GARCIA ABUABARA
2024060080201 reg

Firma y cédula del Paciente
DANIEL SANTIAGO GALEANO RIOS
1001226017

CONCEPTO MEDICO INGRESO



H.C.: 1028009980-427438

Fecha y Lugar: 20/08/2025 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322

Ciudad: MEDELLIN

E-Mail: facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	DEYLER SANCHEZ ALDANA		**Identificación:**	1028009980	**Rh:** RH O+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 33	**Teléfono:**	3217226172	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	27/05/1992 CAREPA		**Cargo:**	AYUDANTE	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Escolaridad:**	ANALFABETA	
Dirección:	BOSTON MEDELLIN		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		**AFP:**	PORVENIR S.A.	

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
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

NO

Información de Remisiones

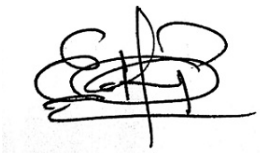
NO

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.
'





Medico Especialista en Salud Laboral
ERNESTO CAMILO CAHUANA PINTO
4515

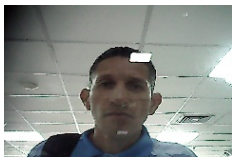


Firma y cédula del Paciente
DEYLER SANCHEZ ALDANA
1028009980

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 98713483-425977

Fecha y Lugar: 6/08/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322 **Ciudad:** MEDELLIN **E-Mail:** facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	EDGAR ELIECER JIMENEZ		**Identificación:**	98713483	**Rh:** RH O+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 42	**Teléfono:**	3148547224	**Móvil:** 3148547224
Fecha y Lugar de Nacimiento:	5/10/1982 SOPETRAN		**Cargo:**	AYUDANTE	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Escolaridad:**	PRIMARIA	
Dirección:	CRA 51B 104 A 42 SANTA CRUZ MEDELLIN		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		**AFP:**	PORVENIR S.A.	

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
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

NO

Información de Remisiones

NO

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.
'



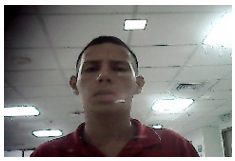




Medico Especialista en Salud Laboral
MONICA PAOLA GARCIA ABUABARA
2024060080201 reg

Firma y cédula del Paciente
EDGAR ELIECER JIMENEZ
98713483

CONCEPTO MEDICO INGRESO



H.C.: 1023624189-425402

Fecha y Lugar: 1/08/2025 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
ESTRUCTURAS Y PAVIMENTOS S.A.S
NIT: 900243322
Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106
Teléfono: 3127048486 - 3
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: facturas@estructurasypavimentos.com

Actividad Económica:
Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: ESNEIDER CERQUERA ESCUDERO
Género: MASCULINO **Edad:** 20
Fecha y Lugar de Nacimiento: 20/08/2004 MEDELLIN
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: BARRIO ANDALUCIA MEDELLIN
ARL: SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

Identificación: 1023624189
Teléfono: 3204519359
Cargo: AYUDANTE DE OBRA
Escolaridad: BACHILLERATO
EPS: SANITAS S.A.
AFP: NO REPORTA

Rh: RH O+
Móvil: 3204519359

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
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

NO

Información de Remisiones

NO

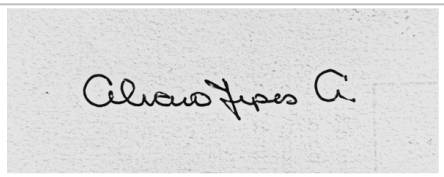
'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios,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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

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

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

'



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

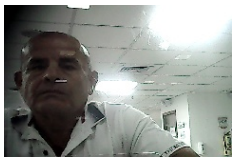


Firma y cédula del Paciente
ESNEIDER CERQUERA ESCUDERO
1023624189

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 71630405-425411

Fecha y Lugar: 1/08/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322

Ciudad: MEDELLIN

E-Mail: facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	HUGO DE JESUS RIOS FRANCO		**Identificación:**	71630405	**Rh:** RH O+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 62	**Teléfono:**	3148639716	**Móvil:** 3148639716
Fecha y Lugar de Nacimiento:	23/04/1963 BELLO		**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA	
Estado Civil:	CASADO(A)		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	CARREA 78 NO 90 60 MEDELLIN		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		**AFP:**	COLPENSIONES	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

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

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

AUDITIVO -

Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

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

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

'







Medico Especialista en Salud Laboral
MONICA PAOLA GARCIA ABUABARA
2024060080201 reg

Firma y cédula del Paciente
HUGO DE JESUS RIOS FRANCO
71630405

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1046532090-426924

Fecha y Lugar: 14/08/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322

Ciudad: MEDELLIN

E-Mail: facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: JAIR MIGUEL MARTINEZ

Identificación: 1046532090

Rh: RH A+

Género: MASCULINO

Edad: 36

Teléfono:

Móvil: 3136985606

Fecha y Lugar de Nacimiento: 1/05/1989 TURBO

Cargo: AYUDANTE

Estado Civil: CASADO(A)

Escolaridad: PRIMARIA

Dirección: MANRIQUE LA HONDA MEDELLIN

EPS: NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud

ARL: SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

AFP: NO REPORTA

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

HABITOS DE VIDA SALUDABLE

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

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

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

CARDIOVASCULAR -

Información de Remisiones

NUTRICION

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.
'



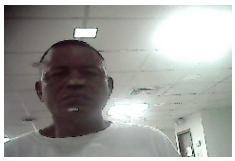




Medico Especialista en Salud Laboral
BELKY PATRICIA CORONELL ALBA
L.S 1157 Reg. 66631/05

Firma y cédula del Paciente
JAIR MIGUEL MARTINEZ
1046532090

CONCEPTO MEDICO INGRESO



H.C.: 98615271-427831

Fecha y Lugar: 23/08/2025 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322

Ciudad: MEDELLIN

E-Mail: facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	JAVIER ENRIQUE MEJIA HERNANDEZ		**Identificación:**	98615271	**Rh:** RH O+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 53	**Teléfono:**	3227835337	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	31/01/1972 CAUCASIA		**Cargo:**	AYUDANTE	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Escolaridad:**	PRIMARIA	
Dirección:	BELLO BELLO		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		**AFP:**	PORVENIR S.A.	

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.
uso de lentes formulados para ver d ecerca.pausas activas de miembro inferior cada dos horas por cinco minutos,seguimiento periodico por medicoe specialista de su eps.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

VISUAL	-
OSTEOMUSCULAR	-

Información de Remisiones

NO

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

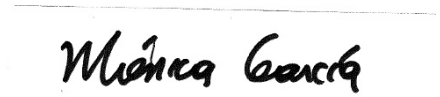
PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

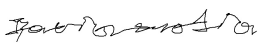
Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales,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

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

'



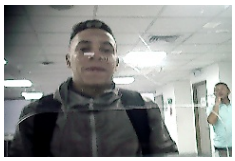




Medico Especialista en Salud Laboral
MONICA PAOLA GARCIA ABUABARA
2024060080201 reg

Firma y cédula del Paciente
JAVIER ENRIQUE MEJIA HERNANDEZ
98615271

CONCEPTO MEDICO INGRESO



H.C.: 1018228217-425905

Fecha y Lugar: 6/08/2025 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante: ESTRUCTURAS Y PAVIMENTOS S.A.S
NIT: 900243322
Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025
Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106
Teléfono: 3127048486 - 3
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: facturas@estructurasypavimentos.com

Actividad Económica:
Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: JAVIER STIVEN SOSA PEREZ
Identificación: 1018228217
Rh: RH B+
Género: MASCULINO
Edad: 26
Teléfono: 3108474754
Móvil: 3206412093
Fecha y Lugar de Nacimiento: 1/08/1999 MEDELLIN
Cargo: AYUDANTE
Estado Civil: SOLTERO(A)
Escolaridad: BACHILLERATO
Dirección: CRA 49 101-22 MEDELLIN
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
ARL: SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.
AFP: PORVENIR S.A.

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
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

NO

Información de Remisiones

NO

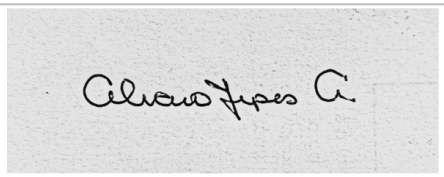
'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios,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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

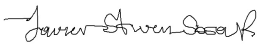
Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales,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

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

'



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



Firma y cédula del Paciente
JAVIER STIVEN SOSA PEREZ
1018228217

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1214733258-427439

Fecha y Lugar: 20/08/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322

Ciudad: MEDELLIN

E-Mail: facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: JEFERSON CORREA SALAZAR

Identificación: 1214733258

Rh: RH O+

Género: MASCULINO

Edad: 29

Teléfono: 3043659907

Móvil: 3013776216

Fecha y Lugar de Nacimiento: 16/11/1995 MEDELLIN

Cargo: AYUDANTE

Estado Civil: SOLTERO(A)

Escolaridad: BACHILLERATO

Dirección: CALLE 109 NUMERO 37 34 MEDELLIN

EPS: NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud

ARL: SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

AFP: PROTECCION S.A.

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

REALIZAR VALORACION POR OPTOMETRIA - POR HALLAZGOS ANORMALES EN OPTOMETRIA TAMIZ.

5. RESTRICCIONES

VISUAL

6. RECOMENDACIONES

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

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

VISUAL	SEGUIMIENTO

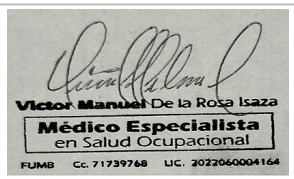
Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

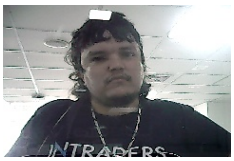
Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.
'



Medico Especialista en Salud Laboral
VICTOR MANUEL DE LA ROSA ISAZA
2022060004164 -510303

Firma y cédula del Paciente
JEFERSON CORREA SALAZAR
1214733258

CONCEPTO MEDICO INGRESO



H.C.: 1216717092-427478

Fecha y Lugar: 20/08/2025 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322

Ciudad: MEDELLIN

E-Mail: facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	JEIMAR QUICENO HERNANDEZ		**Identificación:**	1216717092	**Rh:** RH A+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 30	**Teléfono:**	3154082533	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	11/12/1994 MEDELLIN		**Cargo:**	AYUDANTE	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	CRA 122 N48 BB 40 MEDELLIN		**EPS:**	SAVIA SALUD	
ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		**AFP:**	COLPENSIONES	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

REALIZAR VALORACION POR NUTRICION DE EPS POR HALLAZGOS EN MEDIDAS ANTROPOMETRICAS. VALORACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA DE EPS POR HALLAZGOS ANORMALES EN PRUEBAS AUDIOMETRIA TAMIZ OCUPACIONAL.

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.
PUEDE LABORAR A NIVEL DE PISO. USAR PROTECCION AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL EN EXPOSICION A RUIDO DE 85 DB.
CUIDARSE DE LA EXPOSICION A RUIDO DE 85 DB, EN AMBITO EXTRALABORAL.
CUIDARSE DEL USO DE AUDIFONOS.
SE SUGIERE AUDIOMETRIAS DE CONTROL ANUAL.
CONTINUAR MANEJO CON ORL DE EPS

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

AUDITIVO	SEGUIMIENTO AUDITIVO
CARDIOVASCULAR	METABOLICO

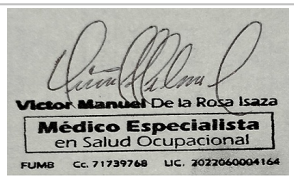
Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA
NUTRICION

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado

de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.



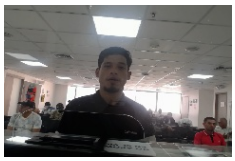
Medico Especialista en Salud Laboral
VICTOR MANUEL DE LA ROSA ISAZA
2022060004164 -510303

Firma y cédula del Paciente
JEIMAR QUICENO HERNANDEZ
1216717092

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1039701632-425445

Fecha y Lugar: 1/08/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322 **Ciudad:** MEDELLIN **E-Mail:** facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	JHOAN ALBERTO HIGUITA HERNANDEZ		**Identificación:**	1039701632	**Rh:** RH O+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 30	**Teléfono:**	3153981554	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	13/06/1995 PUERTO BERRIO		**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	ANDA LUCIA LA FRANCIA MEDELLIN		**EPS:**	SAVIA SALUD	
ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		**AFP:**	PORVENIR S.A.	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

HABITOS DE VIDA SALUDABLE

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

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

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

NO

Información de Remisiones

NO

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.
'





Medico Especialista en Salud Laboral
BELKY PATRICIA CORONELL ALBA
L.S 1157 Reg. 66631/05

Firma y cédula del Paciente
JHOAN ALBERTO HIGUITA HERNANDEZ
1039701632

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1148698123-427705

Fecha y Lugar: 22/08/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322 **Ciudad:** MEDELLIN **E-Mail:** facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: JHON ALEXANDER SEPULVEDA ALVAREZ **Identificación:** 1148698123 **Rh:** RH A+

Género: MASCULINO **Edad:** 32 **Teléfono:** 3217183276 **Móvil:** 3217183276

Fecha y Lugar de Nacimiento: 8/06/1993 CACERES **Cargo:** AYUDANTE

Estado Civil: SOLTERO(A) **Escolaridad:** BACHILLERATO

Dirección: CARREA 52 NO 98A 25 MEDELLIN **EPS:** EPS SURA

ARL: SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. **AFP:** PORVENIR S.A.

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
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

NO

Información de Remisiones

NO

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

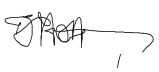
PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.
'





Medico Especialista en Salud Laboral
MARIA JOHANNA ACOSTA SALGADO
2021 233048



Firma y cédula del Paciente
JHON ALEXANDER SEPULVEDA ALVAREZ
1148698123

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1003308840-425401

Fecha y Lugar: 1/08/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322 **Ciudad:** MEDELLIN **E-Mail:** facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	JHON MARIO CONTRERAS RICARDO		**Identificación:**	1003308840	**Rh:** RH O+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 29	**Teléfono:**	3104657251	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	16/07/1996 PLANETA RICA		**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	SAN DIEGO MEDELLIN		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		**AFP:**	PORVENIR S.A.	

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
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

NO

Información de Remisiones

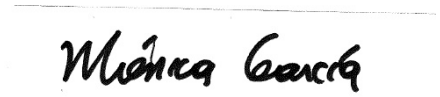
NO

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

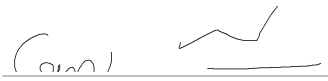
PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.
'





Medico Especialista en Salud Laboral
MONICA PAOLA GARCIA ABUABARA
2024060080201 reg

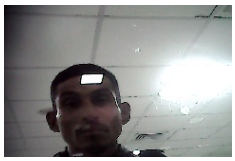


Firma y cédula del Paciente
JHON MARIO CONTRERAS RICARDO
1003308840

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1044911952-425400

Fecha y Lugar: 1/08/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322 **Ciudad:** MEDELLIN **E-Mail:** facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	JHORLETH CONTRERAS ARRIETA		**Identificación:**	1044911952	**Rh:** RH O+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 37	**Teléfono:**	3165634365	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	11/10/1987 ARJONA		**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	VILLAREAL LA TORRE MEDELLIN		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		**AFP:**	PORVENIR S.A.	

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
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

NO

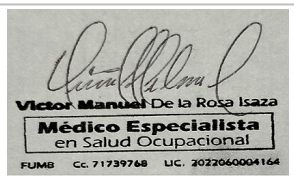
Información de Remisiones

NO

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.
'



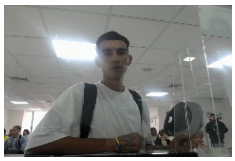
Medico Especialista en Salud Laboral
VICTOR MANUEL DE LA ROSA ISAZA
2022060004164 -510303

Firma y cédula del Paciente
JHORLETH CONTRERAS ARRIETA
1044911952

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1146440589-425786

Fecha y Lugar: 5/08/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322 **Ciudad:** MEDELLIN **E-Mail:** facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	JHORMAN ANDRES VELASQUEZ ORTIZ		**Identificación:**	1146440589	**Rh:** RH O+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 29	**Teléfono:**	3246616058	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	8/06/1996 MEDELLIN		**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	CAICEDO MEDELLIN		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		**AFP:**	NO REPORTA	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

LA RECOMENDACION ANOTADA POR UN MES.

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.
REQUIERE EVALUACION POR OPTOMETRIA FORMULA D E LENTES.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

VISUAL

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

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

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

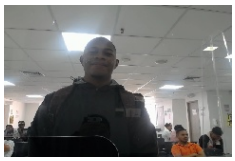
'

Medico Especialista en Salud Laboral MONICA PAOLA GARCIA ABUABARA 2024060080201 reg	Firma y cédula del Paciente JHORMAN ANDRES VELASQUEZ ORTIZ 1146440589

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1003654788-425436

Fecha y Lugar: 1/08/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322 **Ciudad:** MEDELLIN **E-Mail:** facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	JOSE ANGEL JULIOO SILGADO		**Identificación:**	1003654788	**Rh:** RH O+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 26	**Teléfono:**	3103787977	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	28/07/1999 SAN ANTERO		**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	MORAVIA MEDELLIN		**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud	
ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		**AFP:**	PROTECCION S.A.	

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
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

NO

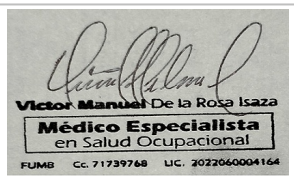
Información de Remisiones

NO

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.
'



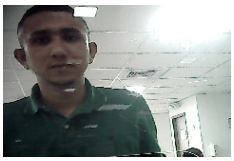
Medico Especialista en Salud Laboral
VICTOR MANUEL DE LA ROSA ISAZA
2022060004164 -510303

Firma y cédula del Paciente
JOSE ANGEL JULIOO SILGADO
1003654788

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1100550956-426297

Fecha y Lugar: 9/08/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322 **Ciudad:** MEDELLIN **E-Mail:** facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	JOSE DANIEL MEJIA PALENCIA		**Identificación:**	1100550956	**Rh:** RH O+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 27	**Teléfono:**	3011415957	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	16/04/1998 SAN BENITO		**Cargo:**	AYUDANTE	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	CAICEDO MEDELLIN		**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud	
ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		**AFP:**	PORVENIR S.A.	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

HABITOS DE VIDA SALUDABLE

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

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

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	REALIZADO
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

NO

Información de Remisiones

NO

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.
'



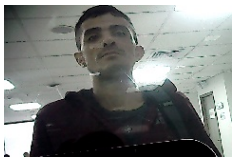




Medico Especialista en Salud Laboral
BELKY PATRICIA CORONELL ALBA
L.S 1157 Reg. 66631/05

Firma y cédula del Paciente
JOSE DANIEL MEJIA PALENCIA
1100550956

CONCEPTO MEDICO INGRESO



H.C.: 1017122511-427701

Fecha y Lugar: 22/08/2025 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322

Ciudad: MEDELLIN

E-Mail: facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	JOSE DE LOS SANTOS ISAZA ISAZA		**Identificación:**	1017122511	**Rh:** RH A+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 39	**Teléfono:**	3004024304	**Móvil:** 3004024304
Fecha y Lugar de Nacimiento:	18/09/1985 FRONTINO		**Cargo:**	AYUDANTE	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE		**Escolaridad:**	PRIMARIA	
Dirección:	BARRIO BELEN CRR 90C N 13-29 MEDELLIN		**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS	
ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		**AFP:**	COLFONDOS	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

SE RECOMIENDA CUIDADOS ERGONOMICOS DE MIEMBRO INFERIORES CON ENFASIS EN PAUSAS ACTIVAS DE MIEMBROS INFERIORES **** CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA, DEBE LABORAR CON LENTES FORMULADOS, HABITOS DE VIDA SALUDABLE. ***LA EMPRESA DEBE VIGILAR Y GARANTIZAR ESTA RECOMENDACION PARA EVITAR ACCIDENTES LABORALES Y/O ENFERMEDAD LABORAL. **

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA CUIDADOS ERGONOMICOS DE MIEMBRO INFERIORES CON ENFASIS EN PAUSAS ACTIVAS DE MIEMBROS INFERIORES **** CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA, DEBE LABORAR CON LENTES FORMULADOS, HABITOS DE VIDA SALUDABLE. ***LA EMPRESA DEBE VIGILAR Y GARANTIZAR ESTA RECOMENDACION PARA EVITAR ACCIDENTES LABORALES Y/O ENFERMEDAD LABORAL. ** ***** USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
EN EXPOSICIÓN A RIESGO MECANICO: UTILIZAR MONOGAFAS.
EN EXPOSICIÓN A RUIDO DE MAQUINARIAS: PROTECCIÓN AUDITIVA ADECUADA DE ACUERDO A LA MAGNITUD DE LA EXPOSICIÓN.
UTILIZAR LOS RESPIRADORES QUE SE LES PROVEA PARA REALIZAR SUS LABORES.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
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
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

VISUAL	-
OSTEOMUSCULAR	-

Información de Remisiones

NO

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

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

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

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

'





Medico Especialista en Salud Laboral
BELKY PATRICIA CORONELL ALBA
L.S 1157 Reg. 66631/05

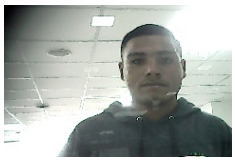


Firma y cédula del Paciente
JOSE DE LOS SANTOS ISAZA ISAZA
1017122511

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1001901166-425455

Fecha y Lugar: 1/08/2025 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

Dirección: CALLE 10 SUR NO 50 FF 28 OFICINA 106

Teléfono: 3127048486 - 3

NIT: 900243322 **Ciudad:** MEDELLIN **E-Mail:** facturas@estructurasypavimentos.com

Empresa en Misión: MALLA VIAL 2025

Actividad Económica:

Construcción de otras obras de ingeniería civil.

Nivel de Riesgo: 5

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	JOSE LUIS ZUIGA BEDOYA		**Identificación:**	1001901166	**Rh:** RH B+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 24	**Teléfono:**	3203905077	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	12/03/2001 CARTAGENA		**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	SAN GARBIEL MEDELLIN		**EPS:**	NO REPORTA	
ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.		**AFP:**	NO REPORTA	

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
ESPIROMETRIA	REALIZADO
VISIOMETRIA	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

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

NO

Información de Remisiones

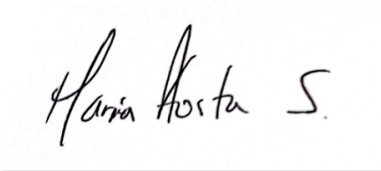
NO

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

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.
'







Medico Especialista en Salud Laboral
MARIA JOHANNA ACOSTA SALGADO
2021 233048

Firma y cédula del Paciente
JOSE LUIS ZUIGA BEDOYA
1001901166

AL DIA Asesorias	**ASESORIAS AL DIA**
	PRUEBAS DE IDONEIDAD C2
	NIT: 901.267.465

ASESORIAS AL DIA GRUPO EMPRESARIAL

Según lo enunciado en la Ley 1503 de diciembre 29 de 2011, en cumplimiento de la resolución del Ministerio de Transporte 20223040040595 de julio de 2022 para la implementación del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV)se realiza la prueba teórica donde evaluamos los conocimientos del candidato sobre temas relacionados en normatividad, buenas prácticas de manejo, conocimiento básico del vehículo, mecánica entre otros temas relacionados con la conducción, la prueba práctica se realiza en un vehículo igual o similar al vehículo que el candidato operara y se mide su conocimiento, inspección y adaptación del vehículo, destreza y habilidad en el manejo de los mecanismos de control y la conducción de vehículo, comportamiento del conductor frente al tránsito, respeto por las señales de tránsito, por el peatón y el uso adecuado de la infraestructura. Como complemento a la prueba teórico práctica, se debe incluir el examen psicosensométrico el cual establece la ley se realiza, visiometría, audiometría, Exámenes de coordinación motriz, Examen de psicología al igual que examen con concepto de medico ocupacional, realizado este procedimiento se establece la idoneidad del evaluado este examen lo realizara la empresa de acuerdo a sus políticas internas, tanto al ingreso como por un tiempo determinado y de esta manera se establece la idoneidad del conductor.

Fecha: 22/08/2025

Nombre del evaluado: Carlos Mario Montoya Ossa

Cedula: 8.126.125

Empresa: Huargo S.A.S

Nit: 901083273-8

Nombre del Instructor: José David Díaz Suarez.

Cedula: 8.465.958

C.A.P: 51133

AL DIA Asesorias	**ASESORIAS AL DIA**
	PRUEBAS DE IDONEIDAD C2
	NIT: 901.267.465

ASPECTOS DE EVALUACIÓN	FACTOR EVALUADO
CONOCIMIENTO, INSPECCIÓN Y ADAPTACIÓN DEL VEHÍCULO **Calificación: 4.2**	1.1. Inspección de los niveles de aceite y Combustible
	1.2. Verificación del estado de la batería y niveles de electrolitos
	1.3. Inspección y verificación del sistema de frenos
	1.4. Inspección del nivel de refrigerante (Si aplica)
	1.5. Verificación estado de llantas (Estado y Presión)
	1.6. Verificación del estado de las luces (Altas, bajas, direccionales. Freno, de parqueo e internas)
	1.7. Adaptación ó graduación de espejos
	1.8. Identificación de los controles
	1.9. Correas y Fugas
DESTREZA Y HABILIDAD EN EL MANEJO DE LOS MECANISMOS DE CONTROL Y EN LA CONDUCCIÓN DEL VEHÍCULO **Calificación: 4.2**	1.10. Maniobra de encendido y arranque del vehículo
	1.11. Puesta en marcha en plano y en pendiente
	1.12. Avance en línea recta y con ángulos
	1.13. Coordinación de maniobra cambio-embrague
	1.14. Coordinación de maniobra aceleración-freno-embrague
	1.15. Utilización de cambios ascendentes-descendentes
	1.16. Utilización de los frenos
	1.17. Descenso y ascenso en terreno inclinado
	1.18. Detención del vehículo y arranque en pendiente
	1.19. Maniobra de viraje y adelantamiento
	1.20. Reducción de velocidad y detenimiento en marcha
	1.21. Ingreso al área de parqueo
COMPORTAMIENTO DEL CONDUCTOR FRENTE AL TRÁNSITO, RESPETO POR LAS SEÑALES DE TRÁNSITO, POR EL PEATÓN, USO ADECUADO DE LA INFRAESTRUCTURA. **Calificación: 4.2**	1.22. Utilización de las señales de cruce
	1.23. Distancias de seguimiento, de parada y lateral
	1.24. Adelantamientos
	1.25. Cruces
	1.26. Intersecciones
	1.27. Glorietas
	1.28. Cambios de Carril y de calzada
	1.29. Maniobras de virajes
	1.30. Utilización de luces direccionales
	1.31. Seguimiento y cumplimiento de las señales de tránsito

Evaluación teórica: 4.0

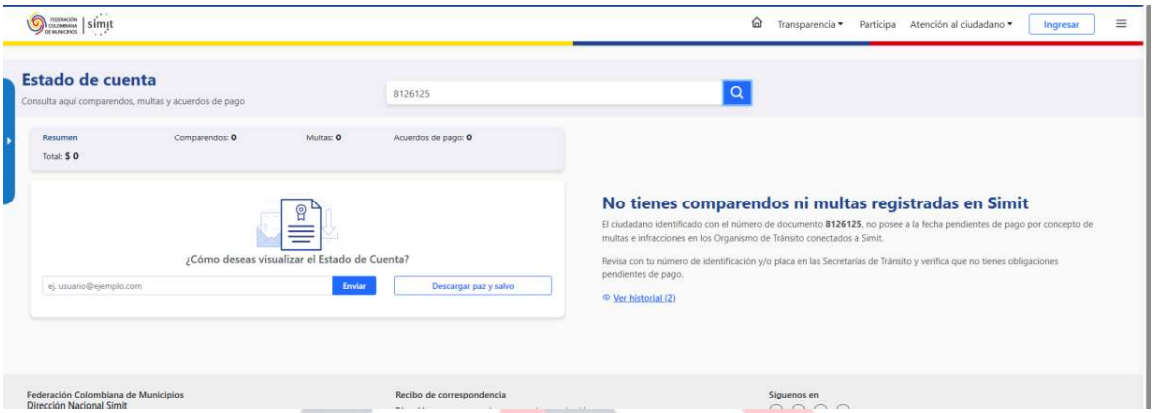
Evaluación práctica: 4.2

CALIFICACION TOTAL: 4.1

AL DIA Asesorias	**ASESORIAS AL DIA**
	PRUEBAS DE IDONEIDAD C2
	NIT: 901.267.465

STUDIO DE SEGURIDAD.

SIMIT



RUNT

NOMBRE COMPLETO:	CARLOS MARIO MONTOYA OSSA		
DOCUMENTO:	C.C. 8126125	ESTADO DE LA PERSONA:	ACTIVA
ESTADO DEL CONDUCTOR:	ACTIVO	Número de inscripción:	6700835
FECHA DE INSCRIPCIÓN:	28/03/2012		

Licencia(s) de conducción

Nro. licencia	OT Expide Lic.	Fecha expedición	Estado	Restricciones	Detalles
8126125	STRIA TTEyTTO MCPAL SANTA FE ANTIOQUIA	04/06/2024	ACTIVA		Ver Detalle

Categorías de la licencia Nro: 8126125

Categoría	Fecha expedición	Fecha vencimiento	Categoria antigua
C2	04/06/2024	04/06/2027	
A2	11/05/2023	11/05/2033	
B2	04/06/2024	04/06/2034	

AL DIA Asesorías	**ASESORIAS AL DIA**
	PRUEBAS DE IDONEIDAD C2
	NIT: 901.267.465

Apto para el cargo conductor de vehículo de categoría C2, camiones rígidos, busetas y buses de servicio público, tanto de su operación como de su mecánica básica.

Adjunto pantallazo del Simit, a la fecha no presenta multas, comparendos, ni acuerdos de pago. Se encuentra registrado en la plataforma Runt.

Apto para el cargo.



JOSE DAVID DIAZ SUAREZ
Representante Legal

Asesorías Al Día Grupo Empresarial
3206344428
directorcomercial@asesoriasaldia.com

Fecha Impresión:
25/08/2025 05:24:49 pm

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DPLaboral CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

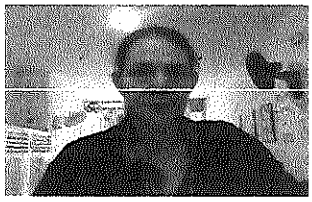
901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 25/08/2025 09:00 Fecha Atención: 25/08/2025 07:48 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: PAOLA NOHEMI
Apellidos: AGUIRRE LOPEZ
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 43553681
Fecha Nacimiento: 1971-02-04 Edad: 54 años
Sexo: Femenino
Dirección: medellin
Teléfono : 312980963
Lugar Residencia: Medellín
Profesión/ocupación:
EPS:
ARL:
Pensiones:
Cesantias:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025 Actividad Económica:

Empresa Misiu00f3n: CONSORCIO VIALMED 2025

Cargo: auxiliar de transito Perfil Biológico: Factores de Riesgo: Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORES EN ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

NINGUNA

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales

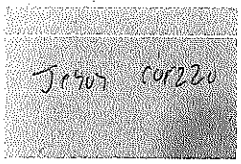
Procedimientos Realizados

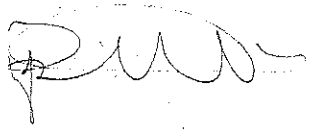
✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO
✓ AUDIOMETRIA TONAL
✓ VISIOMETRIA
✓ COLESTEROL TOTAL
✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
✓ TRIGLICERIDOS
✓ OSTEOMUSCULAR
✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL

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. Enticado que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento





PROFESIONAL: JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA

Documento: Cédula de ciudadanía: 1082906610

MEDICO

Licencia: S.O 44 685/2014

Especialista en: medicina laboral

Registro: 0685

PACIENTE: PAOLA NOHEMI AGUIRRE LOPEZ

Documento: Cédula de ciudadanía: 43553681

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 75416 **DOC DE IDENT:** 43553681 **EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: PAOLA NOHEMI AGUIRRE LOPEZ

CARGO: auxiliar de transito

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	CONSORCIO VIALMED 2025		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-25	**Hora Atención**	07:48:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	Requisitos
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

Tipos de Evaluación	Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS - ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS

Fecha Impresión:
26/08/2025 08:39:28 am

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DPLaboral CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

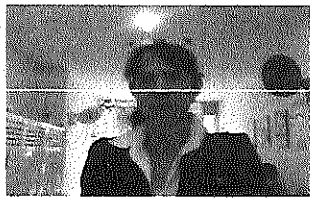
901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 25/08/2025 08:45 Fecha Atención: 25/08/2025 07:51 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: RUTH MERY
Apellidos: AGUIRRE LOPEZ
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 43553135
Fecha Nacimiento: 1971-02-04 Edad: 54 años
Sexo: Femenino
Dirección: medellín
Teléfono : 3137711115
Lugar Residencia: Medellín
Profesión/ocupación:
EPS:
ARL:
Pensiones:
Cesantías:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025
Actividad Económica:
Empresa Misiu00f3n: CONSORCIO VIALMED 2025
Cargo: auxiliaqr de trasito Perfil Biológico: Factores de Riesgo: Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORES EN ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- se reocmeidna usod e medias de compreiosn, no utilziar zapatos en punta metal en horairo laboral, utilziar zapatos de punta ancha
- *se recomcidna valoracion con su eps con cirugia vascular*
- se recomeidna valoracion con ortopedia por hallazgos al examen fsicio
- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

ninbuna

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO
✓ AUDIOMETRIA TONAL
✓ VISIOMETRIA

✓	COLESTEROL TOTAL	✓	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓	TRIGLICERIDOS
✓	OSTEOMUSCULAR	✓	PSICOLOGIA OCUPACIONAL		

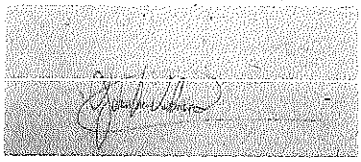
Recomendaciones Generales

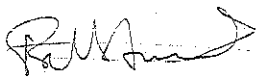
✓ Pausas Activas ✓ Higiene Postural

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 mi en este examen son completas y veridicas. 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 Clinica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento





PROFESIONAL: JULIAN DAVID BARRERA BARRER

Documento: Cédula de ciudadanía: 1019088667

MEDICO

Licencia: 25258

Especialista en: medicina laboral

Registro: 1019088667

PACIENTE: RUTH MERY AGUIRRE LOPEZ

Documento: Cédula de ciudadanía: 43553135

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 75417 **DOC DE IDENT:** 43553135 **EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: RUTH MERY AGUIRRE LOPEZ

CARGO: auxiliaqr de trasito

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	CONSORCIO VIALMED 2025		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-25	**Hora Atención**	07:51:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	Requisitos
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

Tipos de Evaluación	*Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso*
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS - ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS

Fecha Impresión: **09/01/2025 01:34:13 pm**	**CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL**	DPLaboral CRC Exámenes para Conductores Exámenes Laborales 901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S.	**NIT:** 901019120-8	**Teléfono:** 4448326
Código de habilitación: 0526616533	**Correo:** alexbusta@gmail.com	**Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 09/01/2025 08:10	Fecha Atención: 09/01/2025 07:15	Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional Periódico

DATOS PERSONALES



Nombres: HECTOR DE JESUS		Apellidos: ARRIETA REDONDO
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía		Nro Documento: 79681977
Fecha Nacimiento: 1971-06-12	Edad: 53 años	Sexo: Masculino
Dirección: MEDELLIN		
Pensiones:		

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: INGEALQUIPOS S.A.S			
Empresa Misión: CORREDOR METROPOLITANO			
Cargo: AYUDANTE DE CONSTRUCCION	Perfil Biológico:	Factores de Riesgo:	Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto	CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

REQUIERE LENTES

VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA CLÍNICA. GAFAS DE USO PERMANENTE

Restricciones para el trabajador

GAFAS DE USO PERMANENTE

Recomendaciones para la Empresa

ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA LOS LIMITES DE TIEMPO DE EXPOSICION DEL TRABAJADOR A DETERMINADAS CONDICIONES O PELIGROS PRESENTES MIENTRAS ESTA EN ALTURAS, EN ARAS DE EVITAR AFECTACIONES PARA LA SALUD Y SINTOMAS COMO LA TENSION MUSCULAR.

• Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.

• Realizar capacitación en higiene corporal adecuada para movilizar cargas (cargue/descargue/agarre), y para realizar las demás tareas de su ocupación. (Por ejemplo: separar y doblar rodillas para agacharse, manteniendo la espalda recta, con la carga pegada al cuerpo y levantarse lentamente, entre otras...)

• Implementar el programa empresarial de pausas activas, con actividades de al menos 5 minutos cada (1) hora o 10 minutos cada dos (2) horas o según políticas SST de empresa.• Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales

• Hacer estiramientos musculares antes y después de la jornada laboral haciendo énfasis en los segmentos articulares de mas uso según su actividad laboral.

• Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

• Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura

Procedimientos Realizados

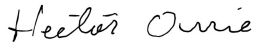
✓ EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS	✓ AUDIOMETRIA TONAL	✓ COLESTEROL TOTAL
✓ TAMIZ VISUAL	✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓ TRIGLICERIDOS
✓ OSTEOMUSCULAR	✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL	

Recomendaciones Generales		
✓ Exámen Periódico Ocupacional	✓ Sistema de Vigilancia Epidemiológica	✓ Uso de E.P.I
✓ Pausas Activas		

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: DANIELA MARIA OROZCO MORENO	PACIENTE: HECTOR DE JESUS ARRIETA REDONDO
MEDICO	Documento: Cédula de ciudadanía: 79681977
Licencia: S.O 2023060050521	
Especialista en: medicina laboral	
Registro: 1140837477	

Fecha Impresión:
12/08/2025 10:29:48 am

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

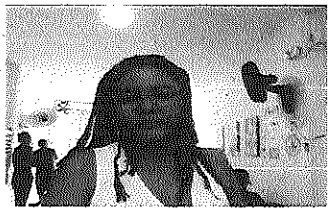
901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 12/08/2025 09:30 Fecha Atención: 12/08/2025 07:15 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: ENESTEBANA
Apellidos: BELLO VELASSQUEZ
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 1045420278
Fecha Nacimiento: 1987-08-07 Edad: 38 años
Sexo: Femenino
Dirección: POPULAR 1
Teléfono : 3045351299
Lugar Residencia: Medellín
Profesión/ocupación:
EPS: COOSALUD
ARL: NO REFIERE
Pensiones: PORVENIR
Cesantias:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025 Actividad Económica:

Empresa Misiu00f3n: REHABILITACIÓN, MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA MALLA VIAL E INFRAESTRUCTURA ASOCIADA

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

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

ninguna

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal de ser necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas,
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL DE INGRESO ✓ AUDIOMETRIA TONAL ✓ VISIOMETRIA

✓ OSTEOMUSCULAR

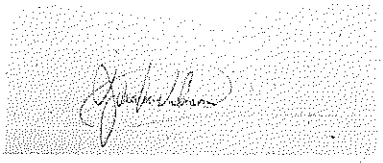
Recomendaciones Generales

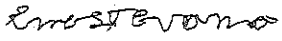
✓ Pausas Activas ✓ Higiene Postural

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





PROFESIONAL: JULIAN DAVID BARRERA BARRER

Documento: Cédula de ciudadanía: 1019088667

MEDICO

Licencia: 25258

Especialista en: medicina laboral

Registro: 1019088667

PACIENTE: ENESTEBANA BELLO VELASSQUEZ

Documento: Cédula de ciudadanía: 1045420278

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Salvamos Laborales

ORDEN ATENCIÓN

901019120-8

Orden Atención # 73784 **DOC DE IDENT:** 1045420278 **EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: ENESTEBANA BELLO VELASSQUEZ

CARGO: auxiliar

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	REHABILITACIÓN, MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA MALLA VIAL E INFRAESTRUCTURA ASOCIADA		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-12	**Hora Atención**	07:15:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	Requisitos
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL DE INGRESO	

Tipos de Evaluación Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

Tipos de Énfasis

Fecha Impresión:
04/09/2024 03:44:01 pm

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DPLaboral CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S.	**NIT:** 901019120-8	**Teléfono:** 4448326
Código de habilitación: 0526616533	**Correo:** alexbusta@gmail.com	**Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 04/09/2024 07:54	Fecha Atención: 04/09/2024 07:00	Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: GERALDO		Apellidos: CHIRINOS
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía		Nro Documento: 4925682
Fecha Nacimiento: 1974-11-16	Edad: 49 años	Sexo: Masculino
Dirección: MEDELLIN		
Pensiones:		

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: INGEALQUIPOS S.A.S

Empresa Misión: CORREDOR METROPOLITANO

Cargo: AUXILIAR DE TRANSITO	Perfil Biológico:	Factores de Riesgo:	Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto	SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

ALTURAS

• Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura utilizando las medidas de prevención y protección contra caídas (línea de vida).

• Uso adecuado de los elementos de protección personal y de anclaje según programa de seg y salud en el trabajo de empresa.

• Antes de comenzar labores en altura debe obligatoriamente verificar los implementos y equipos de seguridad y de protección

• personal que dispone para caídas, capacidad de amortiguación y en especial pesos mínimos/maximos requeridos para su activación de acuerdo con lo definido por el fabricante

• De requerirse, reportar al coordinador el deterioro o daño de los sistemas individuales o colectivos de prevención y protección contra caídas y trabajo en alturas.

• Velar por la seguridad propia y la de sus compañeros con mayor énfasis en tareas de alto riesgo.

• Cumplir todos las normas y procedimientos de salud y seguridad en el trabajo establecidos por el empleador

• Informar al empleador sobre cualquier condición de salud (sea crónica o aguda) que le pueda generar restricciones, antes de realizar cualquier tipo de trabajo en alturas.

• Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos donde exista el riesgo de caer de alturas o sobre un nivel inferior que implique un riesgo a su integridad física; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas

AUDITIVO

• Utilizar protección auditiva en ambientes ruidosos dentro del sitio laboral y según indicaciones del progra de seguridad y salud en el trabajo.

RESPIRATORIO

• En ambientes donde se evidencie presencia de material particulado, humo, pintura, solventes, químicos y/o vapores, se debe fomentar el uso de la protección respiratoria, teniendo en la cuenta las recomendaciones del área de seguridad y salud en el trabajo de empresa y además de la necesidad de capacitación y entrenamiento para el uso adecuado de la misma.

MECANICAS

• Realizar capacitación en higiene corporal adecuada para movilizar cargas (cargue/descargue/agarre), y para realizar las demás tareas de su ocupación (por ejemplo: separar y doblar rodillas para agacharse, manteniendo la espalda recta, con la carga pegada al cuerpo y levantarse lentamente, entre otras...)

• Implementar el programa empresarial de pausas activas como mínimo, actividades de al menos 5 minutos cada (1) hora, o 10 minutos cada dos (2) horas.

• Verificar de manera continua, en el desarrollo del trabajo, que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales.

• Hacer estiramientos musculares antes y después de la jornada laboral.

Restricciones para el trabajador

NO

Recomendaciones para la Empresa

ALTURAS

• Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura utilizando las medidas de prevención y protección contra caídas (línea de vida).

• Uso adecuado de los elementos de protección personal y de anclaje según programa de seg y salud en el trabajo de empresa.

• Antes de comenzar labores en altura debe obligatoriamente verificar los implementos y equipos de seguridad y de protección

• personal que dispone para caídas, capacidad de amortiguación y en especial pesos mínimos/maximos requeridos para su activación de acuerdo con lo definido por el fabricante

• De requerirse, reportar al coordinador el deterioro o daño de los sistemas individuales o colectivos de prevención y protección contra caídas y trabajo en alturas.

• Velar por la seguridad propia y la de sus compañeros con mayor énfasis en tareas de alto riesgo.

• Cumplir todos las normas y procedimientos de salud y seguridad en el trabajo establecidos por el empleador

• Informar al empleador sobre cualquier condición de salud (sea crónica o aguda) que le pueda generar restricciones, antes de realizar cualquier tipo de trabajo en alturas.

• Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos donde exista el riesgo de caer de alturas o sobre un nivel inferior que implique un riesgo a su integridad física; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas

AUDITIVO

• Utilizar protección auditiva en ambientes ruidosos dentro del sitio laboral y según indicaciones del progra de seguridad y salud en el trabajo.

RESPIRATORIO

• En ambientes donde se evidencie presencia de material particulado, humo, pintura, solventes, químicos y/o vapores, se debe fomentar el uso de la protección respiratoria, teniendo en la cuenta las recomendaciones del área de seguridad y salud en el trabajo de empresa y además de la necesidad de capacitación y entrenamiento para el uso adecuado de la misma.

MECANICAS

• Realizar capacitación en higiene corporal adecuada para movilizar cargas (cargue/descargue/agarre), y para realizar las demás tareas de su ocupación (por ejemplo: separar y doblar rodillas para agacharse, manteniendo la espalda recta, con la carga pegada al cuerpo y levantarse lentamente, entre otras,..)

• Implementar el programa empresarial de pausas activas como mínimo, actividades de al menos 5 minutos cada (1) hora, o 10 minutos cada dos (2) horas.

• Verificar de manera continua, en el desarrollo del trabajo, que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales.

• Hacer estiramientos musculares antes y después de la jornada laboral.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS	✓ AUDIOMETRIA TONAL	✓ COLESTEROL TOTAL
✓ TAMIZ VISUAL	✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓ TRIGLICERIDOS
✓ OSTEOMUSCULAR	✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL	

Recomendaciones Generales

✓ Exámen Periódico Ocupacional	✓ Sistema de Vigilancia Epidemiológica	✓ Uso de E.P.I
✓ Cardiovascular Metabólico		

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	PACIENTE: GERALDO CHIRINOS
MEDICO	Documento: Cédula de ciudadanía: 4925682
Licencia: Lic. de S.O. 020111	
Especialista en: MEDEDICINA LABORAL	
Registro: 2918/2000	

Fecha Impresión:
15/08/2025 02:46:28 pm

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DPLaboral CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

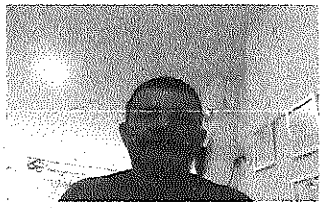
901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alcxbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 15/08/2025 07:58 Fecha Atención: 15/08/2025 07:50 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: SIGIFREDO ALONSO
Apellidos: CORREA CORREA
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 15508295
Fecha Nacimiento: 1968-10-25 Edad: 56 años
Sexo: Masculino
Dirección: SANTA CRUZ
Teléfono : 4441327
Lugar Residencia: Medellín
Profesión/ocupación: AYUDANTE
EPS: SAVIA SALUD
ARL:
Pensiones: PORVENIR
Cesantías:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025 Actividad Económica:

Empresa Misiu00f3n: CONSORCIO VIALMED 2025

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 EN TRABAJO EN ALTURAS	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORES EN ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- Presenta una alteración auditiva moderada/severa, sin compromiso en frecuencias conversacionales, que No le genera ningún tipo de restricción laboral, pero debe usar estricta protección auditiva en ambientes ruidosos laborales, se recomienda valoración auditiva en su EPS con audiometría clínica, para evaluación, control y tratamiento; En la vida cotidiana debe evitar el uso de audífonos para escuchar música, películas, videos, etc
- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

ninguna

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO
✓ AUDIOMETRIA TONAL
✓ VISIOMETRIA

✓	COLESTEROL TOTAL	✓	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓	TRIGLICERIDOS
✓	OSTEOMUSCULAR	✓	PSICOLOGIA OCUPACIONAL		

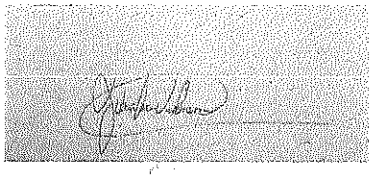
Recomendaciones Generales

✓ Pausas Activas ✓ Higiene Postural

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: JULIAN DAVID BARRERA BARRER

Documento: Cédula de ciudadanía: 1019088667

MEDICO

Licencia: 25258

Especialista en: medicina laboral

Registro: 1019088667

PACIENTE: SIGIFREDO ALONSO CORREA CORREA

Documento: Cédula de ciudadanía: 15508295

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 74325 **DOC DE IDENT:** 15508295 **EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: SIGIFREDO ALONSO CORREA CORREA

CARGO: ayudante

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	CONSORCIO VIALMED 2025		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-15	**Hora Atención**	07:50:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	Requisitos
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

Tipos de Evaluación	Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS - ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS

Fecha Impresión:
22/08/2025 07:34:15 am

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DPLaboral CRC Exámenes para Conductores Exámenes Laborales

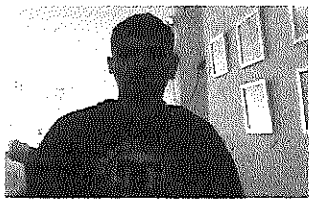
901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 21/08/2025 08:51 Fecha Atención: 21/08/2025 07:00 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: JHON FREDY
Apellidos: CRUZ HERNANDEZ JHON FREDY
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 1006846636
Fecha Nacimiento: 2000-10-21 Edad: 24 años
Sexo: Masculino
Dirección: bello
Teléfono : 3223642915
Lugar Residencia: Medellin
Profesión/ocupación:
EPS:
ARL:
Pensiones:
Cesantias:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025 Actividad Económica:

Empresa Misiu00f3n: CUADRILLAS DE PAVIMIENTO

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

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS — APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

ninguna

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO
✓ AUDIOMETRIA TONAL
✓ VISIOMETRIA
✓ COLESTEROL TOTAL
✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
✓ TRIGLICERIDOS
✓ OSTEOMUSCULAR
✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL

Recomendaciones Generales

✔ Pausas Activas

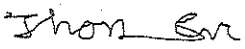
✔ Higiene Postural

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento





PROFESIONAL: JULIAN DAVID BARRERA BARRER

Documento: Cédula de ciudadanía: 1019088667

MEDICO

Licencia: 25258

Especialista en: medicina laboral

Registro: 1019088667

PACIENTE: JHON FREDY CRUZ HERNANDEZ JHON FREDY

Documento: Cédula de ciudadanía: 1006846636

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 74886 **DOC DE IDENT:** 1006846636 **EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: JHON FREDY CRUZ HERNANDEZ JHON FREDY

CARGO: auxiliar

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	CUADRILLAS DE PAVIMIENTO		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-21	**Hora Atención**	07:00:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	Requisitos
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

Tipos de Evaluación	Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS
Recomendaciones Médicas	CARGO AYUDANTE

Fecha Impresión:
15/08/2025 12:11:40 pm

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DPLaboral CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

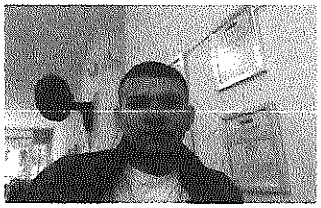
901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 14/08/2025 09:37 Fecha Atención: 14/08/2025 07:15 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: CARLOS JULIAN
Apellidos: ENRIQUE MAYA
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 1123318880
Fecha Nacimiento: 1999-09-22 Edad: 25 años
Sexo: Masculino
Dirección: CASTILLA
Teléfono : 4441327
Lugar Residencia: Medellín
Profesión/ocupación: AYUDANTE
EPS: ENSANAR
ARL:
Pensiones: NO REFIERE
Cesantias:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025 Actividad Económica:

Empresa Misi\u00f3n: CUADRILLAS DE PAVIMIENTO

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

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

NINGUNA

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	✓ AUDIOMETRIA TONAL	✓ VISIOMETRIA
✓ COLESTEROL TOTAL	✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓ TRIGLICERIDOS
✓ OSTEOMUSCULAR	✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL	

Recomendaciones Generales

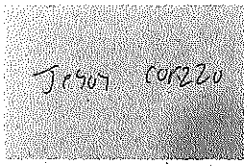
✓ Pausas Activas

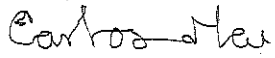
✓ Higiene Postural

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: JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA

Documento: Cédula de ciudadanía: 1082906610

MEDICO

Licencia: S.O 44 685/2014

Especialista en: medicina laboral

Registro: 0685

PACIENTE: CARLOS JULIAN ENRIQUE MAYA

Documento: Cédula de ciudadanía: 1123318880

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 74160 **DOC DE IDENT:** 1123318880 **EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: CARLOS JULIAN ENRIQUE MAYA

CARGO: auxiliar

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	CUADRILLAS DE PAVIMIENTO		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-14	**Hora Atención**	07:15:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	Requisitos
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

Tipos de Evaluación	Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS
Recomendaciones Médicas	EL CARGO ES AYUDANTE

Fecha Impresión:
25/08/2025 05:25:46 pm

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DPLaboral CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

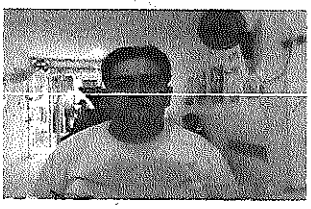
901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 25/08/2025 08:02 Fecha Atención: 25/08/2025 07:14 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: DIANA JIMENA
Apellidos: GALVIS CAICEDO
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 1020402479
Fecha Nacimiento: 1985-11-01 Edad: 39 años
Sexo: Femenino
Dirección: GRANISAL
Teléfono : 3025430505
Lugar Residencia: Medellín
Profesión/ocupación:
EPS:
ARL:
Pensiones:
Cesantias:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025 Actividad Económica:

Empresa Misiu00f3n: CONSORCIO VIALMED 2025

Cargo: auxiliar de transito Perfil Biológico: Factores de Riesgo: Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORES EN ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

ninguna

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1.5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	✓ AUDIOMETRIA TONAL	✓ VISIOMETRIA
✓ COLESTEROL TOTAL	✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓ TRIGLICERIDOS

✓ OSTEOMUSCULAR ✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL

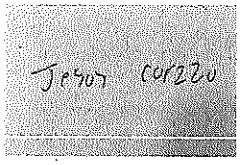
Recomendaciones Generales

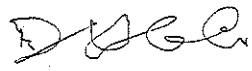
✓ Pausas Activas ✓ Higiene Postural

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento





PROFESIONAL: JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA

Documento: Cédula de ciudadanía: 1082906610

MEDICO

Licencia: S.O 44 685/2014

Especialista en: medicina laboral

Registro: 0685

PACIENTE: DIANA JIMENA GALVIS CAICEDO

Documento: Cédula de ciudadanía: 1020402479

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 75398 **DOC DE IDENT:** 1020402479 **EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: DIANA JIMENA GALVIS CAICEDO

CARGO: auxiliar de transito

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	CONSORCIO VIALMED 2025		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-25	**Hora Atención**	07:14:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	Requisitos
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

Tipos de Evaluación	Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS - ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS

Fecha Impresión:
25/08/2025 05:25:26 pm

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DPLaboral CRC Exámenes para Conductores Exámenes Laborales

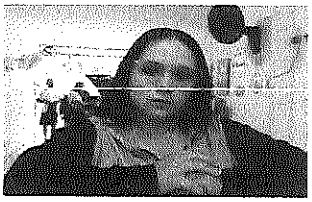
901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 25/08/2025 08:44 Fecha Atención: 25/08/2025 07:43 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: NATALIA ANDREA
Apellidos: JIMENEZ GUERRA
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 1020439288
Fecha Nacimiento: 1990-11-15 Edad: 34 años
Sexo: Femenino
Dirección: LA FRANCIA
Teléfono : 3226081874
Lugar Residencia: Medellín
Profesión/ocupación:
EPS:
ARL:
Pensiones:
Cesantias:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025
Actividad Económica:

Empresa Misiu00f3n: CONSORCIO VIALMED 2025

Cargo: auxiliar de transito Perfil Biológico: Factores de Riesgo: Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORES EN ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

ninguna

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO
✓ AUDIOMETRIA TONAL
✓ VISIOMETRIA
✓ COLESTEROL TOTAL
✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
✓ TRIGLICERIDOS

✓ OSTEOMUSCULAR ✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL

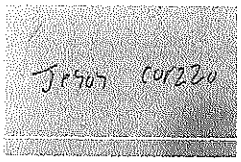
Recomendaciones Generales

✓ Pausas Activas

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 veridicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento



PROFESIONAL: JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA

Documento: Cédula de ciudadanía: 1082906610

MEDICO

Licencia: S.O 44 685/2014

Especialista en: medicina laboral

Registro: 0685

PACIENTE: NATALIA ANDREA JIMENEZ GUERRA

Documento: Cédula de ciudadanía: 1020439288

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 75413 **DOC DE IDENT:** 1020439288 **EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: NATALIA ANDREA JIMENEZ GUERRA

CARGO: auxiliar de transito

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	CONSORCIO VIALMED 2025		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-25	**Hora Atención**	07:43:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	Requisitos
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

Tipos de Evaluación	*Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso*
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS - ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS

Fecha Impresión:
15/08/2025 12:11:18 pm

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DPLaboral CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 14/08/2025 10:08 Fecha Atención: 14/08/2025 07:00 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: DANIEL STIVEN
Apellidos: LONDOÑO JARAMILLO
Tipo Documento: Cédula de ciudadania
Nro Documento: 1017259833
Fecha Nacimiento: 1998-05-29 Edad: 27 años
Sexo: Masculino
Dirección: POPULAR 1
Teléfono : 3127480768
Lugar Residencia: Medellin
Profesión/ocupación:
EPS:
ARL:
Pensiones:
Cesantias:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025 Actividad Económica:

Empresa Misiu00f3n: 3113561930

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

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS — APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

NINGUNA

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO
✓ AUDIOMETRIA TONAL
✓ VISIOMETRIA
✓ COLESTEROL TOTAL
✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
✓ TRIGLICERIDOS
✓ OSTEOMUSCULAR
✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL

Recomendaciones Generales

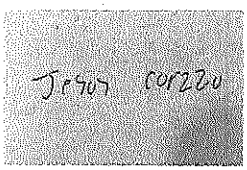
✓ Pausas Activas

✓ Higiene Postural

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: JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA

Documento: Cédula de ciudadanía: 1082906610

MEDICO

Licencia: S.O 44 685/2014

Especialista en: medicina laboral

Registro: 0685

PACIENTE: DANIEL STIVEN LONDOÑO JARAMILLO

Documento: Cédula de ciudadanía: 1017259833

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 74145	**DOC DE IDENT:** 1017259833	**EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025
NOMBRE DEL PACIENTE:	DANIEL STIVEN LONDOÑO JARAMILLO	
CARGO: auxiliar		

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	3113561930		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-14	**Hora Atención**	07:00:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	Requisitos
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

Tipos de Evaluación	Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS
Recomendaciones Médicas	EL CARGO ES AYUDANTE

Fecha Impresión:
14/08/2025 12:44:40 pm

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

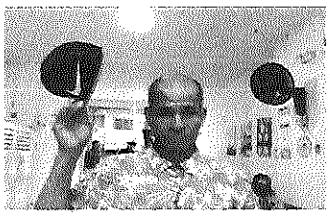
901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 14/08/2025 08:41 Fecha Atención: 14/08/2025 07:00 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: JHON JAIRO
Apellidos: LONDOÑO LONDOÑO
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 15295849
Fecha Nacimiento: 1974-04-02 Edad: 51 años
Sexo: Masculino
Dirección: JARDIN
Teléfono : 3017330982
Lugar Residencia: Medellín
Profesión/ocupación:
EPS:
ARL:
Pensiones:
Cesantias:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025 Actividad Económica:

Empresa Misiu00f3n: CUADRILLAS DE PAVIMIENTO

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

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

NINGUNA

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	✓ AUDIOMETRIA TONAL	✓ VISIOMETRIA
✓ COLESTEROL TOTAL	✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓ TRIGLICERIDOS
✓ OSTEOMUSCULAR	✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL	

Recomendaciones Generales

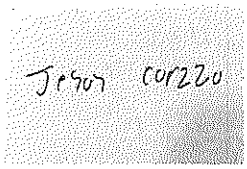
✓ Pausas Activas

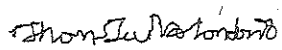
✓ Higiene Postural

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 d 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: JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA

Documento: Cédula de ciudadanía: 1082906610

MEDICO

Licencia: S.O 44 685/2014

Especialista en: medicina laboral

Registro: 0685

PACIENTE: JHON JAIRO LONDOÑO LONDOÑO

Documento: Cédula de ciudadanía: 15295849

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 74144 **DOC DE IDENT:** 15295849 **EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: JHON JAIRO LONDOÑO LONDOÑO

CARGO: auxiliar

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	CUADRILLAS DE PAVIMIENTO		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-14	**Hora Atención**	07:00:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	Requisitos
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

Tipos de Evaluación	Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS
Recomendaciones Médicas	EL CARGO ES RASTRILLERO

Fecha Impresión:
14/08/2025 12:59:34 pm

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 14/08/2025 07:48 Fecha Atención: 14/08/2025 06:36 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: SERGIO ARLEY
Apellidos: LONDOÑO ROLDAN
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 71318418
Fecha Nacimiento: 1980-12-16 Edad: 44 años
Sexo: Masculino
Dirección: manrique las granjas
Teléfono : 3147265648
Lugar Residencia: Medellín
Profesión/ocupación:
EPS:
ARL:
Pensiones:
Cesantias:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025 Actividad Económica:

Empresa Misiu00f3n: CUADRILLAS DE PAVIMIENTO

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

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS — NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

-Valoración por optometría (Test de Farnsworth)

Restricciones para el trabajador

NO DEBE REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS HASTA NO SER VALORADO Y TRATADO POR OFTALMOLOGIA EN SU EPS

-Valoración por optometría (Test de Farnsworth)

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO
✓ AUDIOMETRIA TONAL
✓ VISIOMETRIA

✓ COLESTEROL TOTAL

✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

✓ TRIGLICERIDOS

✓ OSTEOMUSCULAR

✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL

Recomendaciones Generales

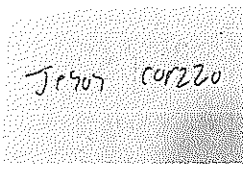
✓ Pausas Activas

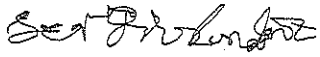
✓ Higiene Postural

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





PROFESIONAL: JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA

Documento: Cédula de ciudadanía: 1082906610

MEDICO

Licencia: S.O 44 685/2014

Especialista en: medicina laboral

Registro: 0685

PACIENTE: SERGIO ARLEY LONDOÑO ROLDAN

Documento: Cédula de ciudadanía: 71318418

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 74152 **DOC DE IDENT:** 71318418 **EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: SERGIO ARLEY LONDOÑO ROLDAN

CARGO: auxiliar

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	CUADRILLAS DE PAVIMIENTO		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-14	**Hora Atención**	06:36:58
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	Requisitos
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

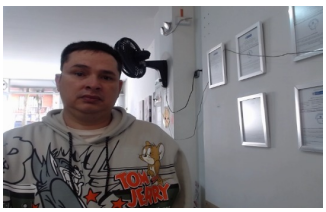
Tipos de Evaluación	Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS
Recomendaciones Médicas	EL CARGO ES RASTRILLERO

Fecha Impresión: **28/08/2025 03:41:19 pm**	**CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL**	DPLaboral CRC Exámenes para Conductores Exámenes Laborales 901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S.	**NIT:** 901019120-8	**Teléfono:** 4448326
Código de habilitación: 0526616533	**Correo:** alexbusta@gmail.com	**Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 26/08/2025 08:33	Fecha Atención: 26/08/2025 07:01	Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: OSCAR ELIAS		Apellidos: MORALES CORDOBA
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía		Nro Documento: 98637028
Fecha Nacimiento: 1979-09-29	Edad: 45 años	Sexo: Masculino
Dirección: ITAGUI		Teléfono : 3115312876
Lugar Residencia: Medellín		
Profesión/ocupación:		
EPS:		ARL:
Pensiones:		Cesantias:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: INGEALQUIPOS S.A.S		Actividad Económica:	
Empresa Misiu00f3n: INGEALQUIPOS S.A.S			
Cargo: CONDUCTOR	Perfil Biológico:	Factores de Riesgo:	Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto	SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORES EN ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- se recomeidna valoracion con medicina general por alteracion en resultados de laboratorio
- Solicitar valoración por medicina general y/o nutrición en su entidad de salud para el control de su alteración del peso corporal. Esta condición no le genera restricciones para laborar
- requierre renovar formula de lentes, por formula hipocorregida
- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

ninguna

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	✓ AUDIOMETRIA TONAL	✓ VISIOMETRIA

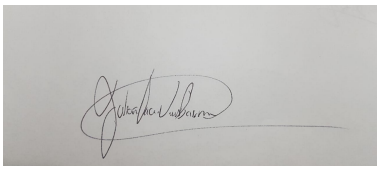
✓ COLESTEROL TOTAL	✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓ TRIGLICERIDOS
✓ OSTEOMUSCULAR	✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL	

Recomendaciones Generales		
✓ Pausas Activas	✓ Higiene Postural	

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: JULIAN DAVID BARRERA BARRER	PACIENTE: OSCAR ELIAS MORALES CORDOBA
Documento: Cédula de ciudadanía: 1019088667	Documento: Cédula de ciudadanía: 98637028
MEDICO	
Licencia: 25258	
Especialista en: medicina laboral	
Registro: 1019088667	

Fecha Impresión:
22/08/2025 07:13:13 am

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DPLaboral CRC Exámenes para Conductores Exámenes Laborales

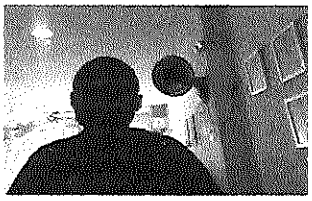
901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S.- **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 21/08/2025 08:45 Fecha Atención: 21/08/2025 07:00 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: NEIVER CAMILO
Apellidos: MUÑOZ OBANDO
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 1006843648
Fecha Nacimiento: 2002-02-16 Edad: 23 años
Sexo: Masculino
Dirección: bello
Teléfono : 3247802102
Lugar Residencia: Medellín
Profesión/ocupación:
EPS:
ARL:
Pensiones:
Cesantias:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025 Actividad Económica:

Empresa Misiu00f3n: CUADRILLAS DE PAVIMIENTO

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

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS — APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

ninguna

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO
✓ AUDIOMETRIA TONAL
✓ VISIOMETRIA
✓ COLESTEROL TOTAL
✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
✓ TRIGLICERIDOS

Recomendaciones Generales

✓ Pausas Activas

✓ Higiene Postural

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

PROFESIONAL: JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA

Documento: Cédula de ciudadanía: 1082906610

MEDICO

Licencia: S.O 44 685/2014

Especialista en: medicina laboral

Registro: 0685

PACIENTE: NEIVER CAMILO MUÑOZ OBANDO

Documento: Cédula de ciudadanía: 1006843648

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 74885 **DOC DE IDENT:** 1006843648 **EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: NEIVER CAMILO MUÑOZ OBANDO

CARGO: auxiliar

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	CUADRILLAS DE PAVIMIENTO		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-21	**Hora Atención**	07:00:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	Requisitos
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

Tipos de Evaluación	Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS
Recomendaciones Médicas	CARGO AYUDANTE

Fecha Impresión:
22/01/2025 04:36:52 pm

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DPLaboral CRC Exámenes para Conductores Exámenes laborales

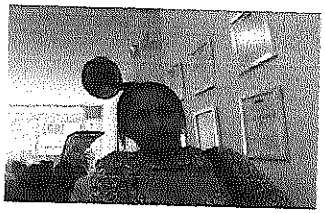
901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 22/01/2025 08:45 Fecha Atención: 22/01/2025 07:33 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: YANETH
Apellidos: ORTIZ MANJARRES
Tipo Documento: Cédula de ciudadania
Nro Documento: 1002488066
Fecha Nacimiento: 1994-09-23 Edad: 30 años
Sexo: Femenino
Dirección: MEDELLIN
Pensiones:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: INGEALQUIPOS S.A.S

Empresa Misión: INGEALQUIPOS S.A.S

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

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS	APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS	APTO PARA LABORES EN ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

Vascular periférico

Buen llenado capilar, pulsos presentes

El paciente NO acepta retirarse la pantaloneta por lo cual no es posible evaluar ni evidenciar alteraciones en región inguinal ni genital. Se desconoce la presencia de alteraciones en dicha región del cuerpo como hernias, dilataciones varicosas escrotales, alteración de ganglios, etc. Por lo anteriormente mencionado, no se podria afirmar si tiene o no restricciones para el manejo de cargas (pesos).

?

ALTURAS

• Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura utilizando las medidas de prevención y protección contra caídas (línea de vida).

• Uso adecuado de los elementos de protección personal y de anclaje según programa de seg y salud en el trabajo de empresa.

• Antes de comenzar labores en altura debe obligatoriamente verificar los implementos y equipos de seguridad y de protección

• personal que dispone para caídas, capacidad de amortiguación y en especial pesos minimos/maximos requeridos para su activación de acuerdo con lo definido por el fabricante

• De requerirse, reportar al coordinador el deterioro o daño de los sistemas individuales o colectivos de prevención y protección contra caídas y trabajo en alturas.

• Velar por la seguridad propia y la de sus compañeros con mayor énfasis en tareas de alto riesgo.

• Cumplir todos las normas y procedimientos de salud y seguridad en el trabajo establecidos por el empleador

• Informar al empleador sobre cualquier condición de salud (sea crónica o aguda) que le pueda generar restricciones, antes de realizar cualquier tipo de trabajo en alturas.

• Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos donde exista el riesgo de caer de alturas o sobre un nivel inferior que implique un riesgo a su integridad física; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas

AUDITIVO

• Utilizar protección auditiva en ambientes ruidosos dentro del sitio laboral y según indicaciones del progra de seguridad y salud en el trabajo.

RESPIRATORIO

• En ambientes donde se evidencie presencia de material particulado, humo, pintura, solventes, químicos y/o vapores, se debe fomentar el uso de la protección respiratoria, teniendo en la cuenta las recomendaciones del área de seguridad y salud en el trabajo de empresa y además de la necesidad de capacitación y entrenamiento para el uso adecuado de la misma.

• Realizar capacitación en higiene corporal adecuada para movilizar cargas (cargue/descargue/agarre), y para realizar las demás tareas de su ocupación (por ejemplo: separar y doblar rodillas para agacharse, manteniendo la espalda recta, con la carga pegada al cuerpo y levantarse lentamente, entre otras...)

• Implementar el programa empresarial de pausas activas como mínimo, actividades de al menos 5 minutos cada (1) hora, o 10 minutos cada dos (2) horas.

• Verificar de manera continua, en el desarrollo del trabajo, que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales.

• Hacer estiramientos musculares antes y después de la jornada laboral.

GENERALES

• Cumplir normas de seguridad vial de la empresa y realizar marcha conciente y segura para desplazamientos por escalas, pisos irregulares, zonas comunes, zonas públicas, etc.

• Las mujeres no deben movilizar cargas desde el piso superiores a 10 Kg. o 20 Kg sobre hombros o espalda; Y los hombres no deben movilizar cargas desde el piso superiores a 25 Kg. o 50 Kg sobre hombros o espalda. Cuando sea necesario sobrepasar los límites de peso para manipulación individual de cargas se debe utilizar ayuda mecánica y reportar a la coordinación SST de empresa.

• Asistir a las capacitaciones programadas por el empleador y aprobar satisfactoriamente las evaluaciones, así como asistir a los re-entrenamientos que están enfocadas en seguridad y salud en el trabajo.

• Informar oportunamente al personal encargado de talento humano, algún cambio en el estado de salud y consultar a tiempo a su EPS o dada las circunstancias a urgencias mas cercanas.

• Trabajar atento y nunca laborar bajo los efectos del licor y/o sustancias psicoactivas

• Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables

busca bajar de peso); algunos ejercicios pueden ser montar en bicicleta, natación, hidroaeróbicos, caminatas, trotar, entre otras.

• Hacer ejercicio cardiovascular de 3 a 6 veces por semana (un total de 150 minutos semanales para mantener el peso actual; o 300 minutos semanales y ojalá sobrepasando los 40 minutos diarios si se

Restricciones para el trabajador

NO

Recomendaciones para la Empresa

ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA LOS LÍMITES DE TIEMPO DE EXPOSICIÓN DEL TRABAJADOR A DETERMINADAS CONDICIONES O PELIGROS PRESENTES EN EL ESPACIO CONFINADO EN ARAS DE EVITAR AFECTACIONES PARA LA SALUD O FATIGA, PRESENTA POCOS RASGOS DE ANSIEDAD, APTO CON RECOMENDACION, NO PRESENTA RASGOS DE ANSIEDAD PARA TRABAJO EN ALTURAS

Vascular periférico

Buen llenado capilar, pulsos presentes

El paciente NO acepta retirarse la pantaloneta por lo cual no es posible evaluar ni evidenciar alteraciones en región inguinal ni genital. Se desconoce la presencia de alteraciones en dicha región del cuerpo como hernias, dilataciones varicosas escrotales, alteración de ganglios, etc. Por lo anteriormente mencionado, no se podría afirmar si tiene o no restricciones para el manejo de cargas (pesos).

?

ALTURAS

• Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura utilizando las medidas de prevención y protección contra caídas (línea de vida).

• Uso adecuado de los elementos de protección personal y de anclaje según programa de seg y salud en el trabajo de empresa.

• Antes de comenzar labores en altura debe obligatoriamente verificar los implementos y equipos de seguridad y de protección

• personal que dispone para caídas, capacidad de amortiguación y en especial pesos mínimos/máximos requeridos para su activación de acuerdo con lo definido por el fabricante

• De requerirse, reportar al coordinador el deterioro o daño de los sistemas individuales o colectivos de prevención y protección contra caídas y trabajo en alturas.

• Velar por la seguridad propia y la de sus compañeros con mayor énfasis en tareas de alto riesgo.

• Cumplir todos las normas y procedimientos de salud y seguridad en el trabajo establecidos por el empleador

• Informar al empleador sobre cualquier condición de salud (sea crónica o aguda) que le pueda generar restricciones, antes de realizar cualquier tipo de trabajo en alturas.

• Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos donde exista el riesgo de caer de alturas o sobre un nivel inferior que implique un riesgo a su integridad física; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas

AUDITIVO

• Utilizar protección auditiva en ambientes ruidosos dentro del sitio laboral y según indicaciones del progra de seguridad y salud en el trabajo.

RESPIRATORIO

• En ambientes donde se evidencie presencia de material particulado, humo, pintura, solventes, químicos y/o vapores, se debe fomentar el uso de la protección respiratoria, teniendo en la cuenta las recomendaciones del área de seguridad y salud en el trabajo de empresa y además de la necesidad de capacitación y entrenamiento para el uso adecuado de la misma.

MECANICAS

• Realizar capacitación en higiene corporal adecuada para movilizar cargas (cargue/descargue/agarre), y para realizar las demás tareas de su ocupación (por ejemplo: separar y doblar rodillas para agacharse, manteniendo la espalda recta, con la carga pegada al cuerpo y levantarse lentamente, entre otras...)

• Implementar el programa empresarial de pausas activas como mínimo, actividades de al menos 5 minutos cada (1) hora, o 10 minutos cada dos (2) horas.

• Verificar de manera continua, en el desarrollo del trabajo, que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales.

• Hacer estiramientos musculares antes y después de la jornada laboral.

GENERALES

• Cumplir normas de seguridad vial de la empresa y realizar marcha conciente y segura para desplazamientos por escalas, pisos irregulares, zonas comunes, zonas públicas, etc.

sobre hombros o espalda. Cuando sea necesario sobrepasar los límites de peso para manipulación individual de cargas se debe utilizar ayuda mecánica y reportar a la coordinación SST de empresa.

• Asistir a las capacitaciones programadas por el empleador y aprobar satisfactoriamente las evaluaciones, así como asistir a los re-entrenamientos que están enfocadas en seguridad y salud en el trabajo.

• Informar oportunamente al personal encargado de talento humano, algún cambio en el estado de salud y consultar a tiempo a su EPS o dada las circunstancias a urgencias mas cercanas.

• Trabajar atento y nunca laborar bajo los efectos del licor y o sustancias psicoactivas

• Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables

busca bajar de peso); algunos ejercicios pueden ser montar en bicicleta, natación, hidroaeróbicos, caminatas, trotar, entre otras.

• Hacer ejercicio cardiovascular de 3 a 6 veces por semana (un total de 150 minutos semanales para mantener el peso actual; o 300 minutos semanales y ojalá sobrepasando los 40 minutos diarios si se

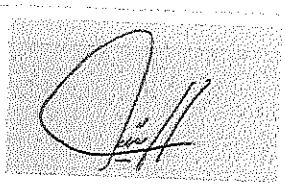
Procedimientos Realizados

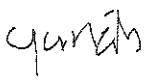
✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS	✓ AUDIOMETRIA TONAL	✓ VISIOMETRIA
✓ COLESTEROL TOTAL	✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓ TRIGLICERIDOS
✓ OSTEOMUSCULAR	✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL	

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

MEDICO

Licencia: Lic. de S.O. 020111

Especialista en: MEDEDICINA LABORAL

Registro: 2918/2000

PACIENTE: YANETH ORTIZ MANJARRES

Documento: Cédula de ciudadanía: 1002488066

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 49693 **DOC DE IDENT:** 1002488066 **EMPRESA:** INGEALQUIPOS S.A.S

NOMBRE DEL PACIENTE: YANETH ORTIZ MANJARRES

CARGO: AUXILIAR

Empresa Contrata	INGEALQUIPOS S.A.S	**Empresa Factura**	INGEALQUIPOS S.A.S
Empresa Misión:	INGEALQUIPOS S.A.S		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-01-22 07:33:15	**Hora Atención**	07:33:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	Requisitos
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS	

Tipos de Evaluación	Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS - ÉNFASIS EN ESPACIOS CONFINADOS

Fecha Impresión:
22/08/2025 07:23:49 am

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DPLaboral CRC Exámenes para Conductores Exámenes Laborales

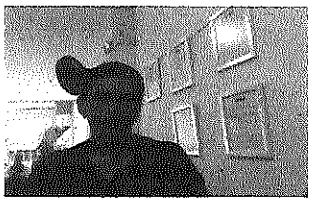
901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 21/08/2025 08:02 Fecha Atención: 21/08/2025 07:00 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: LEIDIANA
Apellidos: PONCE
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 42783825
Fecha Nacimiento: 1967-12-27 Edad: 57 años
Sexo: Masculino
Dirección: MEDELLIN
Teléfono : 3178724924
Lugar Residencia: Medellin
Profesión/ocupación:
EPS:
ARL:
Pensiones:
Cesantias:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025 Actividad Económica:

Empresa Misiu00f3n: REHABILITACIÓN, MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA MALLA VIAL E INFRAESTRUCTURA ASOCIADA

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

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJ@ EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS — NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

valoración por Nutrición en su eps

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

no debe realizar trabajo en altura hasta ser valorada y tratada por nutricionista de su eps

puede laborar a nivel

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO
✓ AUDIOMETRIA TONAL
✓ VISIOMETRIA

✓	COLESTEROL TOTAL	✓	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓	TRIGLICERIDOS
✓	OSTEOMUSCULAR	✓	PSICOLOGIA OCUPACIONAL		

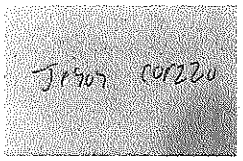
Recomendaciones Generales

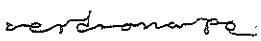
✓ Pausas Activas ✓ Higiene Postural

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 mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento





PROFESIONAL: JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA

Documento: Cédula de ciudadanía: 1082906610

MEDICO

Licencia: S.O 44 685/2014

Especialista en: medicina laboral

Registro: 0685

PACIENTE: LEIDIANA PONCE

Documento: Cédula de ciudadanía: 42783825

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 74883 **DOC DE IDENT:** 42783825 **EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: LEIDIANA PONCE

CARGO: auxiliar

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	REHABILITACIÓN, MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA MALLA VIAL E INFRAESTRUCTURA ASOCIADA		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-21	**Hora Atención**	07:00:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	Requisitos
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

Tipos de Evaluación	Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS
Recomendaciones Médicas	AUXILIAR VIAL

Fecha Impresión:
15/08/2025 12:09:33 pm

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DPLaboral CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

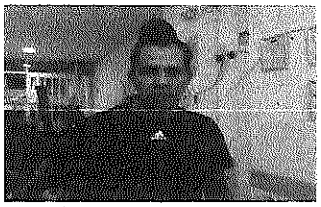
901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 14/08/2025 07:49 Fecha Atención: 14/08/2025 07:00 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: JAIME ALBERTO
Apellidos: RESTREPO CASTAÑEDA
Tipo Documento: Cédula de ciudadania
Nro Documento: 98711536
Fecha Nacimiento: 1984-12-11 Edad: 40 años
Sexo: Masculino
Dirección: bello
Teléfono : 3242450154
Lugar Residencia: Medellín
Profesión/ocupación:
EPS:
ARL:
Pensiones:
Cesantias:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025 Actividad Económica:

Empresa Misiu00f3n: CUADRILLAS DE PAVIMIENTO

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

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS — APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

NINGUNA

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO
✓ AUDIOMETRIA TONAL
✓ VISIOMETRIA
✓ COLESTEROL TOTAL
✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
✓ TRIGLICERIDOS
✓ OSTEOMUSCULAR
✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL

Recomendaciones Generales

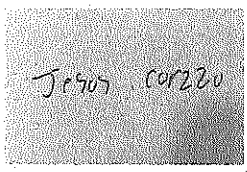
✓ Pausas Activas

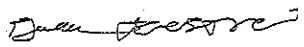
✓ Higiene Postural

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 mi en este examen son completas y veridicas. 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: JESUS ABRHAN CORZZO SIERRA

Documento: Cédula de ciudadanía: 1082906610

MEDICO

Licencia: S.O 44 685/2014

Especialista en: medicina laboral

Registro: 0685

PACIENTE: JAIME ALBERTO RESTREPO CASTAÑEDA

Documento: Cédula de ciudadanía: 98711536

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 74147 **DOC DE IDENT:** 98711536 **EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: JAIME ALBERTO RESTREPO CASTAÑEDA

CARGO: auxiliar

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	CUADRILLAS DE PAVIMIENTO		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-14	**Hora Atención**	07:00:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	**Requisitos**
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

Tipos de Evaluación	Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS
Recomendaciones Médicas	EL CARGO ES AYUDANTE

Fecha Impresión:
22/08/2025 07:51:36 am

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DPLaboral CRC Exámenes para Conductores Exámenes Laborales

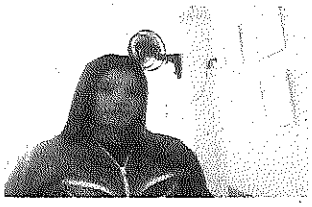
901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S. **NIT:** 901019120-8 **Teléfono:** 4448326

Código de habilitación: 0526616533 **Correo:** alexbusta@gmail.com **Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 21/08/2025 08:39 Fecha Atención: 21/08/2025 07:00 Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: LEIDY JOHANA
Apellidos: USUGA USUGA
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía
Nro Documento: 1017208034
Fecha Nacimiento: 1992-12-25 Edad: 32 años
Sexo: Femenino
Dirección: enciso
Teléfono : 3122488372
Lugar Residencia: Medellín
Profesión/ocupación:
EPS:
ARL:
Pensiones:
Cesantías:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025 Actividad Económica:

Empresa Misiu00f3n: REHABILITACIÓN, MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA MALLA VIAL E INFRAESTRUCTURA ASOCIADA

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

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto SIN PATOLOGIA QUE LIMITE EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS — APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- Solicitar valoración por medicina general y/o nutrición en su entidad de salud para el control de su alteración del peso corporal. Esta condición no le genera restricciones para laborar
- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

ninguna

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO
✓ AUDIOMETRIA TONAL
✓ VISIOMETRIA
✓ COLESTEROL TOTAL
✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
✓ TRIGLICERIDOS

✓ OSTEOMUSCULAR ✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL

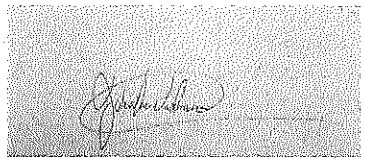
Recomendaciones Generales

✓ Pausas Activas ✓ Higiene Postural

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento



PROFESIONAL: JULIAN DAVID BARRERA BARRER

Documento: Cédula de ciudadanía: 1019088667

MEDICO

Licencia: 25258

Especialista en: medicina laboral

Registro: 1019088667

PACIENTE: LEIDY JOHANA USUGA USUGA

Documento: Cédula de ciudadanía: 1017208034

DPLaboral
CRC
Exámenes para Conductores
Exámenes Laborales

901019120-8

ORDEN ATENCIÓN

Orden Atención # 74880 **DOC DE IDENT:** 1017208034 **EMPRESA:** CONSORCIO VIALMED 2025

NOMBRE DEL PACIENTE: LEIDY JOHANA USUGA USUGA

CARGO: auxiliar

Empresa Contrata	CONSORCIO VIALMED 2025	**Empresa Factura**	CONSORCIO VIALMED 2025
Empresa Misiu00f3n:	REHABILITACIÓN, MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA MALLA VIAL E INFRAESTRUCTURA ASOCIADA		
Lugar de atención	ENVIGADO	**Dirección Atención**	Calle 39 Sur # 40-63
Fecha Atención	2025-08-21	**Hora Atención**	07:00:00
Ubicación	DP LABORAL ENVIGADO		

¿Cómo llegar?

Al lado de la Cámara de Comercio de Envigado

Exámenes a Realizar

Examen	Requisitos
EXAMEN MÉDICO PREOCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	

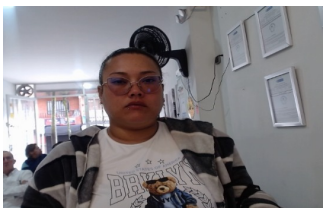
Tipos de Evaluación	Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso
Tipos de Énfasis	ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS
Recomendaciones Médicas	AUXILIAR VIAL

Fecha Impresión: **22/08/2025 09:07:05 am**	**CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL**	DPLaboral CRC Exámenes para Conductores Exámenes Laborales 901019120-8

Entidad Evaluadora: DIAGNOSTICO Y PREVENCION LABORAL S.A.S.	**NIT:** 901019120-8	**Teléfono:** 4448326
Código de habilitación: 0526616533	**Correo:** alexbusta@gmail.com	**Sede:** ENVIGADO

Fecha del Exámen: 21/08/2025 07:35	Fecha Atención: 21/08/2025 07:00	Tipo(s) de evaluación: Examen Médico Ocupacional de Pre-Ingreso

DATOS PERSONALES



Nombres: LEIDY VIVIANA		Apellidos: ZAPATA VELEZ
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía		Nro Documento: 1128443316
Fecha Nacimiento: 1992-03-07	Edad: 33 años	Sexo: Masculino
Dirección: medellin		Teléfono : 3017483019
Lugar Residencia: Medellín		
Profesión/ocupación:		
EPS:		ARL:
Pensiones:		Cesantias:

INFORMACIÓN EMPRESA

Empresa: CONSORCIO VIALMED 2025		Actividad Económica:	
Empresa Misiu00f3n: REHABILITACIÓN, MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA MALLA VIAL E INFRAESTRUCTURA ASOCIADA			
Cargo: auxiliar	Perfil Biológico:	Factores de Riesgo:	Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto	CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Concepto al Énfasis

ÉNFASIS EN TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS	NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

Recomendaciones para el trabajador

- Solicitar valoración por medicina general y/o nutrición en su entidad de salud para el control de su alteración del peso corporal. Esta condición no le genera restricciones para laborar
- se recomeidna usod e medias de comrpeison en horaior laboral
- se recomienda solor trabajar a ras del piso solamente
- Llevar estilos de vida y hábitos de trabajo saludables.
- Hacer ejercicio de 3 a 6 veces por semana
- Trabajar atento y nunca laborar bajo efectos del licor y/o sustancias psicoactivas
- Higiene postural

Restricciones para el trabajador

paciente no apto para trabajo en alturas por imc , puede trabajr solamente a ras del piso

Recomendaciones para la Empresa

- Es necesario que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación y ventilación, acorde con las exigencias del oficio.
- Suministrar los elementos de protección personal necesarios para realizar el trabajo de manera segura
- Implementar el programa empresarial de pausas activas.
- Verificar de manera continua en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas y mentales
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos mayores a 1,5 metros de altitud; al igual que la respectiva certificación de aptitud para alturas.

Procedimientos Realizados

✓ EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO CON ENFASIS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS COMPLETO	✓ AUDIOMETRIA TONAL	✓ VISIOMETRIA

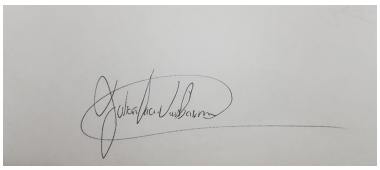
✓ COLESTEROL TOTAL	✓ GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓ TRIGLICERIDOS
✓ OSTEOMUSCULAR	✓ PSICOLOGIA OCUPACIONAL	

Recomendaciones Generales		
✓ Pausas Activas	✓ Higiene Postural	

Tratamiento de Datos

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador:

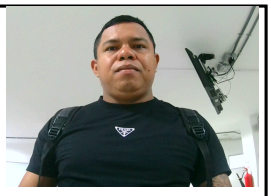
Autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las 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: JULIAN DAVID BARRERA BARRER	PACIENTE: LEIDY VIVIANA ZAPATA VELEZ
Documento: Cédula de ciudadanía: 1019088667	Documento: Cédula de ciudadanía: 1128443316
MEDICO	
Licencia: 25258	
Especialista en: medicina laboral	
Registro: 1019088667	

Omnisalud
Para toda la vida
ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2

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		
PAVIMENTAR SA		CUADRILLAS		
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
800040014	CLL 8 B CR 65 191 IN 411 CERCA TERMINAL SUR	4486404	Bogota, D.C.	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
PAYARES GUEVARA DANIEL DANILO	CC 1066741466	32 Años	M

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
PLANETA RICA	Bello	UNION LIBRE

Teléfono Fijo	Dirección	Celular
3216134183	CALLE 53 A # 65 A- 98 INT 280	3216134183

Correo Electrónico	Grado de Escolaridad	Hemoclasificación
PAYARESGUEVARAD@GMAIL.COM	BACHILLER	O +

IMC	Hijos	EPS
28.4	1	SURA 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
LIGUERO	2025-06-11	15:27:23	03:36:12	04:45:38

Lugar de realización examen	MEDELLIN CENTRO JUNIN

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado	
PERIODICO	
CONCEPTO	**TIPO DE RESTRICCIONES**
CUMPLE 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 PERIODICO: SE REALIZA
EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL: SE REALIZA
ESPIROMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA
VISIOMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL)
Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación, se indican controles rutinarios anuales con su optómetra.
Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria
VALORACION COMPLEMENTARIA (ESPIROMETRIA OCUPACIONAL)
Utilizar EPP dependiendo de las funciones laborales que desempeñara en el cargo.
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL)
Su capacidad auditiva es adecuada
MEDICAS PERSONALES
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
NINGUNA
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Cuando vayas a manipular un producto químico, solicita y consulta su ficha de datos de seguridad. Lee la etiqueta. Manéjalo siguiendo las indicaciones contenidas en ellas. Utilizar los EPP
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.

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** D, E
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.



Daniel Payares
1066 741 466

Firma:
Nombre: GOMEZ ARIAS LIBARDO DE JESUS
R.M. / TP: 6863 L.S.O.2022060149984/2032

Firma:
Nombre: DANIEL DANILO PAYARES GUEVARA
Documento: 1066741466

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

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	
PAVIMENTAR SA		PAVIMENTAR	
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**
800040014	CLL 8 B CR 65 191 IN 411 CERCA TERMINAL SUR	4486404	Bogota, D.C.

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
ORTEGA BERONA DARY NEL	CC 1069463280	33 Años	M

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
SAHAGUN	Bello	SOLTERO

Teléfono Fijo	Dirección	Celular
3102940620	CRA 53 # 67 3 EL DUCADO BELLO	3102940620

Correo Electrónico	Grado de Escolaridad	Hemoclasificación
DARINELORTEGA84@GMAIL.COM	BACHILLER	A +

IMC	Hijos	EPS
28.08	2	SALUD TOTAL SA EPS

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

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
AYUDANTE DE OBRA	2025-03-22	06:13:29	07:26:58	08:25:09

Lugar de realización examen	MEDELLIN CENTRO JUNIN

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado	
PERIODICO	
CONCEPTO	**TIPO DE RESTRICCIONES**
CUMPLE 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 PERIODICO: SE REALIZA
ESPIROMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA
VISIOMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA
EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL: SE REALIZA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL)
Su capacidad auditiva es adecuada
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL)
Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria
VALORACION COMPLEMENTARIA (ESPIROMETRIA OCUPACIONAL)
Utilizar EPP dependiendo de las funciones laborales que desempeñara en el cargo.
MEDICAS PERSONALES
Bajar de peso, se indica hábitos saludables de vida, realizar actividades deportivas y recreativas, se fomenta hábitos saludables de trabajo. Alimentación balanceada.
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
NINGUNA
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se le informa y se le recomienda cumplir con todas las medidas de prevención contra contagio de Covid-19, según directriz de Minsalud como: distanciamiento social, lavado frecuente de manos, uso de tapabocas, evitar asistir a sitios concurridos y cuando este laborando seguir las indicaciones entregadas por el área de seguridad y salud en el trabajo, utilizar los EPP indicados y lo cuidados pertinentes en el área de trabajo. También se entregan signos de alarma, en caso de tener exposición o presentar síntomas relacionados con Covid-19, comunicarse o consultar a su EPS / secretaria seccional de salud, en las líneas habilitadas y entregadas por el Gobierno Nacional.
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.

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

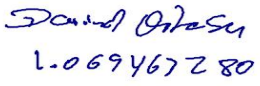
CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

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.





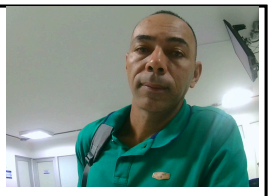
Firma:
Nombre: RUSSI CARDENAS EDGAR FELIPE
R.M. / TP: RM.1015445364
L.S.O.2023060004547/2033

Firma:
Nombre: DARY NEL ORTEGA BERONA
Documento: 1069463280

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

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	
PAVIMENTAR SA		OBRAS MENORES	
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**
800040014	CLL 8 B CR 65 191 IN 411 CERCA TERMINAL SUR	4486404	Bogota, D.C.

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
QUINTANA POSADA GUSTAVO ADOLFO	CC 98700124	43 Años	M

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
CAMPAMENTO	Medellin	VIUDO

Teléfono Fijo	Dirección	Celular
3188534411	CL 29 65 20	3188534411

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

IMC	Hijos	EPS
22.99	1	SALUD TOTAL SA EPS

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
SI	SEGUNDA DOSIS	1° ASTRAZENECA 2° ASTRAZENECA	NO APLICA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
AYUDANTE DE OBRA	2025-03-25	06:46:23	07:16:17	08:10:57

Lugar de realización examen	MEDELLIN CENTRO JUNIN

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado

PERIODICO

CONCEPTO	TIPO DE RESTRICCIONES
CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO	NO APLICA
MOTIVO	**CERTIFICADOS ADICIONALES**
REPORTE DE VISIOMETRIA .	NINGUNO
AREA DE LAS RESTRICCIONES	**INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO**
NINGUNA	AUDITIVO
APTITUD DE TAREAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO: SE REALIZA

ESPIROMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA

EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL: SE REALIZA

VISIOMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL)
Uso de corrección permanente
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL)
Su capacidad auditiva se encuentra con afectación de las frecuencias agudas, se indica disminuir exposición auditiva y/o utilizar protección auditiva en ambientes ruidosos laborales, como por fuera del trabajo, ingreso o seguimiento al PVE según criterios
VALORACION COMPLEMENTARIA (ESPIROMETRIA OCUPACIONAL)
Utilizar EPP dependiendo de las funciones laborales que desempeñara en el cargo.
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.
Utilizar gafas y/o lentes de forma permanente y actualizar anualmente la fórmula.
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.

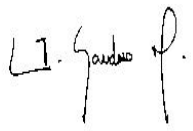
CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** B, D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	AUDITIVO	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	OPTOMETRA	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	

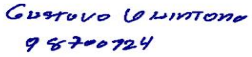
CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

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.



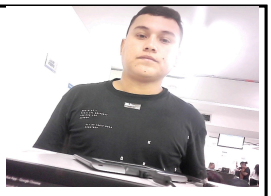


Firma:		Firma:	
Nombre:	MORALES MONSALVE JOSE SANDRO	Nombre:	GUSTAVO ADOLFO QUINTANA POSADA
R.M. / TP:	2017060040840 L.S.O. S201760040840/2027	Documento:	98700124

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

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		
PAVIMENTAR SA		Metro mezclas San José		
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
800040014	CLL 8 B CR 65 191 IN 411 CERCA TERMINAL SUR	4486404	Bogota, D.C.	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
ZAPATA RAMIREZ JHAN CARLO	CC 1036134685	26 Años	M
Lugar de Nacimiento	**Lugar de Residencia**		**Estado Civil**
PUERTO BOYACA	Puerto Nare		SOLTERO
Teléfono Fijo	**Dirección**		**Celular**
3126761231	NUEVO ORIZONTE		3126761231
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**		**Hemoclasificación**
JHANCRA@HOTMAIL.COM	BACHILLER		A +
IMC	**Hijos**	**EPS**	
24.38	0	NUEVA EPS	

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
SI	SEGUNDA DOSIS	1° SINOVAC 2° MODERNA	NO APLICA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
AYUDANTE DE OBRA I	2024-11-20	07:37:11	08:42:13	12:08:43

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	OTROS
AREA DE LAS RESTRICCIONES	**INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO**
NINGUNA	NINGUNA
APTITUD DE TAREAS	
APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS: APTO.	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EVALUACION MEDICA PARA TRABAJO EN ALTURAS - EVALUCION MEDICA CON ENFASIS EN VERTIGO NEUROLOGICO Y OSTEOMUSCULAR-
CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD PARA ALTURAS: SE REALIZA

LABORATORIO CLINICO: (GLICEMIA PAQ ALT) SE REALIZA

EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL PAQ ALT: SE REALIZA

VISIOMETRIA OCUPACIONAL PAQ ALT: SE REALIZA

LABORATORIO CLINICO: (PERFIL LIPIDICO (SUMATORIA DE LOS 4 COLESTEROLES) PAQ ALT) SE REALIZA

ESPIROMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA

APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS: SE REALIZA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (ESPIROMETRIA OCUPACIONAL)
Utilizar EPP dependiendo de las funciones laborales que desempeñara en el cargo.
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL PAQ ALT)
Su capacidad auditiva es adecuada
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL PAQ ALT)
Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria
MEDICAS PERSONALES
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se indica hábitos de vida saludables (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividad física y controles preventivos en su EPS.
OBSERVACIONES GENERALES (APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS)
Cumplir con los procedimientos para el trabajo seguro. Avisar a supervisor o superior si sus condiciones de salud se han modificado y presenta alguna limitación o restricción para realizar labores. Garantizar a través de permisos las labores que se desarrollen, Utilizar medidas de prevención y protección contra caídas, Disponer de personal calificado, Implementar programas de capacitación y entrenamiento para los trabajadores. 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 por las escalas, pisos irregulares y por las vías públicas. Cumplir con la normatividad de manejo o manipulación de cargas (hombre o mujer). Usar adecuadamente todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura suministrados por el empleador, Utilizar protección respiratoria adecuada en ambientes con material particulado, Utilizar protección auditiva en áreas por encima de 80 Db.
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 (APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS)
Este examen Médico está enfocado en una revisión, buscando patologías activas y durante su evaluación NO se evidenció patología o sintomatología de enfermedades que pudieran generar limitaciones o riesgo para desempeñar su actividad (tarea) que va a estar expuesto a trabajo en alturas. Los resultados de los exámenes complementarios se encuentran en los parámetros normales.
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.

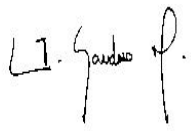
CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS, ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	NINGUNA	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	NINGUNO	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	

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: MORALES MONSALVE JOSE SANDRO
R.M. / TP: 2017060040840 L.S.O. S201760040840/2027

Firma:
Nombre: JHAN CARLO ZAPATA RAMIREZ
Documento: 1036134685

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

Omnisalud
Para toda la vida
ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2

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	
PAVIMENTAR SA		NA	
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**
800040014	CLL 8 B CR 65 191 IN 411 CERCA TERMINAL SUR	4486404	Bogota, D.C.

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
VELASQUEZ ARROYAVE JHON MARIO	CC 98572408	56 Años	M

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
MEDELLIN	Medellin	UNION LIBRE

Teléfono Fijo	Dirección	Celular
3188816652	CALLE 96 N 86 78	3188816652

Correo Electrónico	Grado de Escolaridad	Hemoclasificación
MARIOVELASQUEZ.2968@GMIAL.COM	PRIMARIA	A +

IMC	Hijos	EPS
23.67	3	SANITAS EPS SA

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

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
RASTRILLERO	2025-08-05	13:10:47	01:37:12	03:41:14

Lugar de realización examen	MEDELLIN CENTRO JUNIN

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado

PERIODICO

CONCEPTO	TIPO DE RESTRICCIONES
CUMPLE 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 PERIODICO: SE REALIZA
ESPIROMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA
VISIOMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA
EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL: SE REALIZA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (ESPIROMETRIA OCUPACIONAL)
Utilizar EPP dependiendo de las funciones laborales que desempeñara en el cargo.
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL)
Usar gafas de corrección óptica para visión cercana
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL)
Su capacidad auditiva es adecuada
MEDICAS PERSONALES
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
NINGUNA
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se le informa y se le recomienda cumplir con todas las medidas de prevención contra contagio de Covid-19, según directriz de Minsalud como: distanciamiento social, lavado frecuente de manos, uso de tapabocas, evitar asistir a sitios concurridos y cuando este laborando seguir las indicaciones entregadas por el área de seguridad y salud en el trabajo, utilizar los EPP indicados y lo cuidados pertinentes en el área de trabajo. También se entregan signos de alarma, en caso de tener exposición o presentar síntomas relacionados con Covid-19, comunicarse o consultar a su EPS / secretaria seccional de salud, en las líneas habilitadas y entregadas por el Gobierno Nacional.
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.

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** 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	

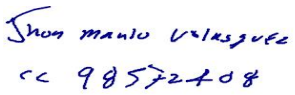
CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

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.





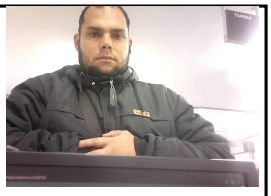
Firma: _____
Nombre: GONZALEZ SOSA MARCELA PATRICIA
R.M. / TP: RM.33227378 L.S.O.0890/2014

Firma: _____
Nombre: JHON MARIO VELASQUEZ ARROYAVE
Documento: 98572408

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

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	
CONSORCIO SANTA MARIA		PAVI - CUADRILLAS	
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**
901870879	CL 8 B 65 191 ED CENTRO EMPRESARIAL PUERTO SECO P 4 OF 411	6044486404	Medellin

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
MAYA RODRIGUEZ JONATAN ALEICES	CC 1037594243	35 Años	M

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
MEDELLIN	Medellin	SOLTERO

Teléfono Fijo	Dirección	Celular
3218165200	CR 28 F 111 148 APTO 270	3218165200

Correo Electrónico	Grado de Escolaridad	Hemoclasificación
JONATANALEICES@GMAIL.COM	PRIMARIA	A +

IMC	Hijos	EPS
28.68	0	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
RASTRILLERO	2025-03-15	07:20:08	08:16:16	11:13:13

Lugar de realización examen	MEDELLIN CENTRO JUNIN

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado	
PERIODICO	
CONCEPTO	**TIPO DE RESTRICCIONES**
CUMPLE PARA EL CARGO	NO APLICA
MOTIVO	**CERTIFICADOS ADICIONALES**
NO APLICA	NINGUNO
AREA DE LAS RESTRICCIONES	**INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO**
NINGUNA	NINGUNA
APTITUD DE TAREAS	
APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS: APTO.	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EVALUACION MEDICA PARA TRABAJO EN ALTURAS - EVALUCION MEDICA CON ENFASIS EN VERTIGO NEUROLOGICO Y OSTEOMUSCULAR-
CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD PARA ALTURAS: SE REALIZA

EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL PAQ ALT: SE REALIZA

VISIOMETRIA OCUPACIONAL PAQ ALT: SE REALIZA

LABORATORIO CLINICO: (PERFIL LIPIDICO (SUMATORIA DE LOS 4 COLESTEROLES) PAQ ALT) SE REALIZA

LABORATORIO CLINICO: (GLICEMIA PAQ ALT) SE REALIZA

ESPIROMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA

APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS: SE REALIZA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (ESPIROMETRIA OCUPACIONAL)
Utilizar EPP dependiendo de las funciones laborales que desempeñara en el cargo.
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL PAQ ALT)
Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación, se indican controles rutinarios anuales con su optómetra.
Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL PAQ ALT)
Su capacidad auditiva es adecuada
MEDICAS PERSONALES
Bajar de peso, se indica hábitos saludables de vida, realizar actividades deportivas y recreativas, se fomenta hábitos saludables de trabajo. Alimentación balanceada.
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
NINGUNA
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se indica hábitos de vida saludables (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividad física y controles preventivos en su EPS.
OBSERVACIONES GENERALES (APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS)
Cumplir con los procedimientos para el trabajo seguro. Avisar a supervisor o superior si sus condiciones de salud se han modificado y presenta alguna limitación o restricción para realizar labores. Garantizar a través de permisos las labores que se desarrollen, Utilizar medidas de prevención y protección contra caídas, Disponer de personal calificado, Implementar programas de capacitación y entrenamiento para los trabajadores. 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 por las escalas, pisos irregulares y por las vías públicas. Cumplir con la normatividad de manejo o manipulación de cargas (hombre o mujer). Usar adecuadamente todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura suministrados por el empleador, Utilizar protección respiratoria adecuada en ambientes con material particulado, Utilizar protección auditiva en áreas por encima de 80 Db.
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 (APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS)
Este examen Médico está enfocado en una revisión, buscando patologías activas y durante su evaluación NO se evidenció patología o sintomatología de enfermedades de origen “mental, físicas u otras que pudieran generar limitaciones o riesgo para desempeñar su actividad (tarea)”, que va a estar expuesto a trabajo en alturas. Los resultados de los exámenes complementarios se encuentran en los parámetros normales
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.

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** D, E
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	APTITUD PARA LABORAR TRABAJO EN ALTURAS, 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.



MARLENY ZABALA
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC. 43539861 RM. 5-2828
LIC. S.O. 32483

1037594243
Jonatanaya

Firma:
Nombre: ZABALA SILVA MARLENY
R.M. / TP: 143392 L.S.O. 32483

Firma:
Nombre: JONATAN ALEICES MAYA RODRIGUEZ
Documento: 1037594243

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

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	
PAVIMENTAR SA		Santamaria	
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**
800040014	CLL 8 B CR 65 191 IN 411 CERCA TERMINAL SUR	4486404	Bogota, D.C.

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
PADILLA TEHERAN NAISIR	CC 1102874885	28 Años	M

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
SINCELEJO	Medellin	UNION LIBRE

Teléfono Fijo	Dirección	Celular
3103808843	ROBLEDO	3103808843

Correo Electrónico	Grado de Escolaridad	Hemoclasificación
PADILLANAISIR@GMAIL.COM	BACHILLER	B +

IMC	Hijos	EPS
24.49	0	SALUD TOTAL SA EPS

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
SI	ESQUEMA COMPLETO SIN REFUERZO	1° PFIZER 2° PFIZER	NO APLICA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
AYUDANTE DE OBRA 1	2025-01-10	14:50:03	03:26:28	04:26:23

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

VISIOMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA

ESPIROMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (ESPIROMETRIA OCUPACIONAL)
Utilizar EPP dependiendo de las funciones laborales que desempeñara en el cargo.
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL)
Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación, se indican controles rutinarios anuales con su optómetra.
Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL)
Su capacidad auditiva es adecuada
MEDICAS PERSONALES
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
NINGUNA
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Se le informa y se le recomienda cumplir con todas las medidas de prevención contra contagio de Covid-19, según directriz de Minsalud como: distanciamiento social, lavado frecuente de manos, uso de tapabocas, evitar asistir a sitios concurridos y cuando este laborando seguir las indicaciones entregadas por el área de seguridad y salud en el trabajo, utilizar los EPP indicados y lo cuidados pertinentes en el área de trabajo. También se entregan signos de alarma, en caso de tener exposición o presentar síntomas relacionados con Covid-19, comunicarse o consultar a su EPS / secretaria seccional de salud, en las líneas habilitadas y entregadas por el Gobierno Nacional.
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
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.

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	NINGUNA	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	NINGUNA	
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.

Katherine Forero C

KATHERINE DE JESUS FORERO GARCIA
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC 1140877899
REG. 0038/2022

Naisir Padilla

Firma:
Nombre: FORERO GARCIA KATHERINE DE JESUS
R.M. / TP: 38 L.S.O. 38

Firma:
Nombre: NAISIR PADILLA TEHERAN
Documento: 1102874885

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

Omnisalud
Para toda la vida
ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2

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		
PAVIMENTAR SA		CUADRILLAS		
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
800040014	CLL 8 B CR 65 191 IN 411 CERCA TERMINAL SUR	4486404	Bogota, D.C.	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
OROZCO ACOSTA OSCAR DE JESUS	CC 12448993	43 Años	M

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
CIENAGA	Bello	UNION LIBRE

Teléfono Fijo	Dirección	Celular
3127999960	CLLE 49 53 26	3127999960

Correo Electrónico	Grado de Escolaridad	Hemoclasificación
OROZCOOSCAR756@GMAIL.COM	PRIMARIA	B +

IMC	Hijos	EPS
29.39	1	SURA EPS

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
SI	ESQUEMA COMPLETO SIN REFUERZO	1° NO APLICA 2° NO APLICA	NO APLICA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
ENCARGADO DE CUADRILLA	2025-08-05		03:20:51	12:49:58

Lugar de realización examen	MEDELLIN CENTRO JUNIN

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado	
PERIODICO	
CONCEPTO	**TIPO DE RESTRICCIONES**
CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO	NO APLICA
MOTIVO	**CERTIFICADOS ADICIONALES**
AUDITIVO	NINGUNO
AREA DE LAS RESTRICCIONES	**INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO**
NINGUNA	NINGUNA
APTITUD DE TAREAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO: SE REALIZA
EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL: SE REALIZA
VISIOMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA
ESPIROMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL)
Se solicita en la EPS evaluación y plan de manejo de su alteración auditiva que está afectando las frecuencias conversacionales de forma leve, por lo que se le indica control y/o iniciar valoraciones por el OTORRINOLARINGÓLOGO. Se indica realizar audiometría clínica, no debe exponerse a ruido superior a 85 db bajo ninguna circunstancia. Utilizar protección auditiva adecuada tanto en ambientes ruidosos laborales como por fuera del trabajo. Realizar control de acuerdo al programa de vigilancia epidemiológica.
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL)
Usar gafas de corrección óptica para visión cercana
VALORACION COMPLEMENTARIA (ESPIROMETRIA OCUPACIONAL)
Utilizar EPP dependiendo de las funciones laborales que desempeñara en el cargo.
MEDICAS PERSONALES
Se informa asistir o continuar en controles preventivos por el medico de su EPS u especialista (otorrinolaringólogo u audiólogo) y seguir indicaciones de su ultimo contro
Bajar de peso, se indica hábitos saludables de vida, realizar actividades deportivas y recreativas, se fomenta hábitos saludables de trabajo. Alimentación balanceada.
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
NINGUNA
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se le informa y se le recomienda cumplir con todas las medidas de prevención contra contagio de Covid-19, según directriz de Minsalud como: distanciamiento social, lavado frecuente de manos, uso de tapabocas, evitar asistir a sitios concurridos y cuando este laborando seguir las indicaciones entregadas por el área de seguridad y salud en el trabajo, utilizar los EPP indicados y lo cuidados pertinentes en el área de trabajo. También se entregan signos de alarma, en caso de tener exposición o presentar síntomas relacionados con Covid-19, comunicarse o consultar a su EPS / secretaria seccional de salud, en las líneas habilitadas y entregadas por el Gobierno Nacional.
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.

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	NINGUNA	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	NUTRICIONISTA OTORRINOLARINGOLOGO	
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: PALENCIA TOVAR CHRISTIAN LUIGE
R.M. / TP: RM.1143356106 L.S.O.204/2030

Firma:
Nombre: OSCAR DE JESUS OROZCO ACOSTA
Documento: 12448993

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

Omnisalud
Para toda la vida
ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2

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		
PAVIMENTAR SA		OBRAS MENORES		
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
800040014	CLL 8 B CR 65 191 IN 411 CERCA TERMINAL SUR	4486404	Bogota, D.C.	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
GUISAO PINO WILMAN	CC 1020445841	34 Años	M
Lugar de Nacimiento	**Lugar de Residencia**		**Estado Civil**
TIERRA ALTA CORDOBA	Medellin		UNION LIBRE
Teléfono Fijo	**Dirección**		**Celular**
3146128949	POPULAR 2		3146128949
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**		**Hemoclasificación**
WILMARGP91@GMAIL.COM	BACHILLER		O +

IMC	Hijos	EPS
24.91	1	SURA EPS

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

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
AYUDANTE TORNILLERO	2025-06-17	06:42:49	07:06:24	10:14:50

Lugar de realización examen	MEDELLIN CENTRO JUNIN

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado	
PERIODICO	
CONCEPTO	**TIPO DE RESTRICCIONES**
CUMPLE 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 PERIODICO: SE REALIZA
VISIOMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA
EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL: SE REALIZA
ESPIROMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (ESPIROMETRIA OCUPACIONAL)
Utilizar EPP dependiendo de las funciones laborales que desempeñara en el cargo.
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL)
Su capacidad auditiva es adecuada
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL)
Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria
MEDICAS PERSONALES
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
NINGUNA
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se le informa y se le recomienda cumplir con todas las medidas de prevención contra contagio de Covid-19, según directriz de Minsalud como: distanciamiento social, lavado frecuente de manos, uso de tapabocas, evitar asistir a sitios concurridos y cuando este laborando seguir las indicaciones entregadas por el área de seguridad y salud en el trabajo, utilizar los EPP indicados y lo cuidados pertinentes en el área de trabajo. También se entregan signos de alarma, en caso de tener exposición o presentar síntomas relacionados con Covid-19, comunicarse o consultar a su EPS / secretaria seccional de salud, en las líneas habilitadas y entregadas por el Gobierno Nacional.
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.

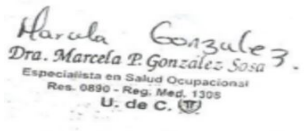
CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** B, D
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	NINGUNA	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	OTRAS ESPECIALIDADES	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	

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: GONZALEZ SOSA MARCELA PATRICIA
R.M. / TP: RM.33227378 L.S.O.0890/2014

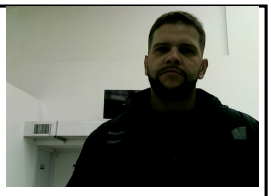
Firma:
Nombre: WILMAN GUISAO PINO
Documento: 1020445841

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

Omnisalud
Para toda la vida
ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2

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	
PAVIMENTAR SA		PAVIMENTAR SA	
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**
800040014	CLL 8 B CR 65 191 IN 411 CERCA TERMINAL SUR	4486404	Bogota, D.C.

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
MORALES GALLEGO ALEJANDRO	CC 1152687174	32 Años	M

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
MEDELLIN	Medellin	SOLTERO
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
3018951714	CRA 74 A N 89 A 38	3018951714
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
ALEJANDROMORALESGALLEGO32@GMAIL.COM	BACHILLER	AB +

IMC	Hijos	EPS
28.7	2	SALUD TOTAL SA EPS

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
SI	ESQUEMA COMPLETO SIN REFUERZO	1° ASTRAZENECA 2° ASTRAZENECA	NO APLICA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
AYUDANTE DE OBRA 1	2025-08-08	06:41:47	06:52:03	10:49:42

Lugar de realización examen	MEDELLIN CENTRO PALACE

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	SEGURIDAD VIAL
APTITUD DE TAREAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO: SE REALIZA

ESPIROMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA

VISIOMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA

EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL: SE REALIZA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (ESPIROMETRIA OCUPACIONAL)
Utilizar EPP dependiendo de las funciones laborales que desempeñara en el cargo.
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL)
Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación, se indican controles rutinarios anuales con su optómetra.
Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL)
Su capacidad auditiva es adecuada
MEDICAS PERSONALES
Bajar de peso, se indica hábitos saludables de vida, realizar actividades deportivas y recreativas, se fomenta hábitos saludables de trabajo. Alimentación balanceada.
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Cuando vayas a manipular un producto químico, solicita y consulta su ficha de datos de seguridad. Lee la etiqueta. Manéjalo siguiendo las indicaciones contenidas en ellas. Utilizar los EPP
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.

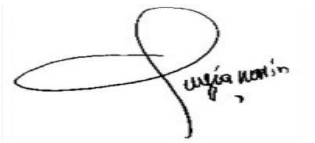
CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** C, E
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	SEGURIDAD VIAL	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	MEDICO DE P Y P NUTRICIONISTA OTRAS ESPECIALIDADES	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	

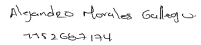
CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

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: _____ Firma: _____

Nombre: MEJÍA MARIN GABRIEL JAIME Nombre: ALEJANDRO MORALES GALLEGO

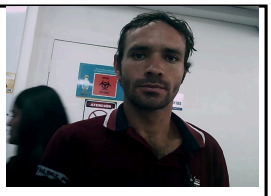
R.M. / TP: RM.6261 L.S.O. 110861/2029 Documento: 1152687174

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

Omnisalud
Para toda la vida
ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2

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	
PAVIMENTAR SA		PAVIMENTAR	
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**
800040014	CLL 8 B CR 65 191 IN 411 CERCA TERMINAL SUR	4486404	Bogota, D.C.

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
ALVAREZ MORENO JORGE ELIECER	CC 1128480832	33 Años	M

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
MEDELLIN	Medellin	UNION LIBRE

Teléfono Fijo	Dirección	Celular
3136011331	ENCISO CL 57 B 16 D 86	3136011331

Correo Electrónico	Grado de Escolaridad	Hemoclasificación
JORGEELIECERALVAREZMORENO8@GMAIL.COM	BACHILLER	O +

IMC	Hijos	EPS
21.01	2	SURA EPS

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
SI	ESQUEMA COMPLETO SIN REFUERZO	1° NO APLICA 2° NO APLICA	NO APLICA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
AYUDANTE DE OBRA 1	2025-08-08	10:04:10	10:48:01	11:22:09

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

ESPIROMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA

VISIOMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA

EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL: SE REALIZA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (ESPIROMETRIA OCUPACIONAL)
Utilizar EPP dependiendo de las funciones laborales que desempeñara en el cargo.
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL)
Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación, se indican controles rutinarios anuales con su optómetra.
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL)
Su capacidad auditiva es adecuada
MEDICAS PERSONALES
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
NINGUNA
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se le informa y se le recomienda cumplir con todas las medidas de prevención contra contagio de Covid-19, según directriz de Minsalud como: distanciamiento social, lavado frecuente de manos, uso de tapabocas, evitar asistir a sitios concurridos y cuando este laborando seguir las indicaciones entregadas por el área de seguridad y salud en el trabajo, utilizar los EPP indicados y lo cuidados pertinentes en el área de trabajo. También se entregan signos de alarma, en caso de tener exposición o presentar síntomas relacionados con Covid-19, comunicarse o consultar a su EPS / secretaria seccional de salud, en las líneas habilitadas y entregadas por el Gobierno Nacional.
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.

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

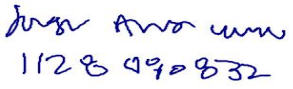
CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

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: PALENCIA TOVAR CHRISTIAN LUIGE
R.M. / TP: RM.1143356106 L.S.O.204/2030

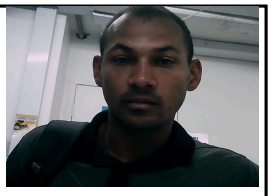
Firma:
Nombre: JORGE ELIECER ALVAREZ MORENO
Documento: 1128480832

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

Omnisalud
Para toda la vida
ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2

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	
PAVIMENTAR SA		PAVIMENTAR SAS	
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**
800040014	CLL 8 B CR 65 191 IN 411 CERCA TERMINAL SUR	4486404	Bogota, D.C.

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
QUICENO MARIN LEON DARIO	CC 1148144870	28 Años	M
Lugar de Nacimiento	**Lugar de Residencia**		**Estado Civil**
ZARAGOZA ANTIOQUIA	Medellin		UNION LIBRE
Teléfono Fijo	**Dirección**		**Celular**
3229052720	CR 36 N 50 - 77 BUENOS AIRES		3229052720
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**		**Hemoclasificación**
LEONDARIOQUICENOMARIN1@GMAIL.COM	BACHILLER		A +

IMC	Hijos	EPS
21.63	1	SURA 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 DE OBRA 1	2025-08-13	07:06:52	07:58:49	09:42:28

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
ESPIROMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA
VISIOMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA
EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL: SE REALIZA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (ESPIROMETRIA OCUPACIONAL)
Se recomienda preventivamente utilizar protección respiratoria, si va a estar expuesto (HUMO, VAPORES, GASES, QUIMICOS Y MATERIAL PARTICULADO). Realizar espirometría ocupacional como está indicado en los programas de SST.
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL)
Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación, se indican controles rutinarios anuales con su optómetra.
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL)
Su capacidad auditiva es adecuada
MEDICAS PERSONALES
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
NINGUNA
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se indica hábitos de vida saludables (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividad física y controles preventivos en su EPS.
OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , si va manejar cargas cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor.
OTRAS OBSERVACIONES
SE RECOMIENDA CONSULTAR POR MEDICINA GENERAL POR RESULTADO EN ESPIROMETRIA
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.

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:**
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.

Carmen Liliana Zuluaga Muñoz
cc 43156612

1148144870

Firma:
Nombre: ZULUAGA MUÑOZ CARMEN LILIANA
R.M. / TP: RM.43156612 L.S.O 18818/2034

Firma:
Nombre: LEON DARIO QUICENO MARIN
Documento: 1148144870

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

Omnisalud
Para toda la vida
ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2

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	
PAVIMENTAR SA		PAVIMENTAR SA	
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**
800040014	CLL 8 B CR 65 191 IN 411 CERCA TERMINAL SUR	4486404	Bogota, D.C.

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
PALENCIA FUENTES LUIS ALBERTO	CC 1128325346	28 Años	M

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
SANTABARBARA DE PINTO	Medellin	SOLTERO

Teléfono Fijo	Dirección	Celular
3228812566	DOCE DE OCTUBRE	3228812566

Correo Electrónico	Grado de Escolaridad	Hemoclasificación
PALENCIALUIS118@GMAIL.COM	BACHILLER	B +

IMC	Hijos	EPS
24.9	1	NUEVA EPS

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
SI	PRIMERA DOSIS	1° ASTRAZENECA 2° NO APLICA	NO APLICA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
AYUDANTE DE OBRA 1	2025-08-08	09:11:37	09:38:47	04:01:35

Lugar de realización examen	MEDELLIN CENTRO PALACE

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
ESPIROMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA
EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL: SE REALIZA
VISIOMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (ESPIROMETRIA OCUPACIONAL)
Se evidencia hallazgos en el examen, se indica valoración en su EPS y definir estudios complementarios, valoración por especialidad, también se recomienda EVITAR exposición a (MATERIAL PARTICULADO, QUÍMICOS, POLVO, entre otros productos que estén expuestos), se recomienda uso EPP respiratorio cuando esté laborando de forma obligatoria. Protección y cuidados de vías aéreas superiores, realizar espirometría ocupacional como está indicado en los programas de SST.
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.
Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria
MEDICAS PERSONALES
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Cuando vayas a manipular un producto químico, solicita y consulta su ficha de datos de seguridad. Lee la etiqueta. Manéjalo siguiendo las indicaciones contenidas en ellas. Utilizar los EPP
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 no cuenta con el esquema completo de vacunación para prevención de infección por sars cov-2, se recomienda completar el esquema de vacunación contra el covid-19. se indica cumplir con las medidas generales de bioseguridad.

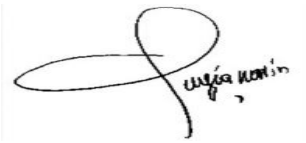
CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** C
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	NINGUNA	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	MEDICINA GENERAL	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	

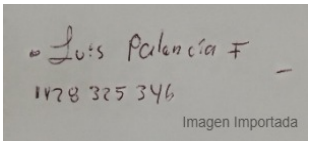
CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

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: MEJÍA MARIN GABRIEL JAIME
R.M. / TP: RM.6261 L.S.O. 110861/2029

Firma: _____
Nombre: LUIS ALBERTO PALENCIA FUENTES
Documento: 1128325346

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