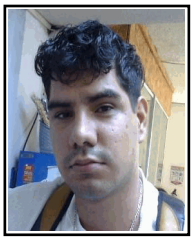
R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	91468365
				S1130Y1E8061		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.351

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	10 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

PABON SUAREZ MICHAEL ENRIQUE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	28 AÑOS 3 MESES 12 DÍAS	CC	1232888457
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
	VALORACIÓN POR NUTRICIONISTA	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

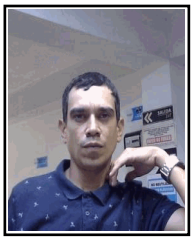


Firma:

Nombre: PABON SUAREZ MICHAEL ENRIQUE

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1232888457
				U1130A1G8351		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.344

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	10 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

NIÑO GARCIA MIGUEL ANGEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	32 AÑOS 5 MESES 0 DÍAS	CC	1098742383
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APLAZADO PARA ALTURAS, APTO PARA SUPERFICIES PLANAS*

APLAZADO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
TRABAJOS EN ALTURAS	TEMPORAL	VALORACION POR OFTALMOLOGIA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
	VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

DEFICIENCIA DE LA VISION CROMATICA, VALORACION POR OFTALMOLOGIA. EL TRABAJADOR PUEDE DESEMPEÑAR SUS LABORES EXCEPTUANDO LAS DEL TRABAJO EN ALTURAS

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

Médico

Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

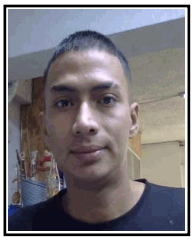
Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: NIÑO GARCIA MIGUEL ANGEL

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1098742383
				Y1130E1K8344		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.099

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

RODRIGUEZ VEA NIXON JAIR	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	26 AÑOS 0 MESES 21 DÍAS	CC	1007426024
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

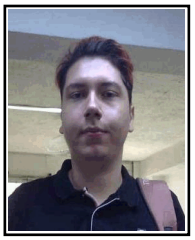
Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ VEA NIXON JAIR

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1007426024
				J1130P1V8099		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.271

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	10 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

CACERES ARGUELLO ROBERTO CARLOS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	19 AÑOS 9 MESES 24 DÍAS	CC	1098647956
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CACERES ARGUELLO ROBERTO CARLOS

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1098647956
				T1130Z1F8271		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.070

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

ARROYO GALVIS WILMAR	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	38 AÑOS 1 MESES 11 DÍAS	CC	1004501419
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ARROYO GALVIS WILMAR

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1004501419
				I1130O1U8070		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.068

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

RESTREPO SANDOVAL WILVER ANTONIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	38 AÑOS 7 MESES 3 DÍAS	CC	1098634941
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RESTREPO SANDOVAL WILVER ANTONIO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1098634941
				H1130N1T8068		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.086

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

AMAYA TORRES ANDRES FELIPE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	24 AÑOS 1 MESES 14 DÍAS	CC	1002211849
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

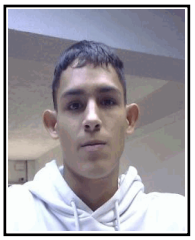
Firma:

Nombre: AMAYA TORRES ANDRES FELIPE

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1002211849

M1130S1Y8086

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.346

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	10 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

MONSALVE PACHON GIOVANNI	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	19 AÑOS 1 MESES 20 DÍAS	CC	1096701364
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MONSALVE PACHON GIOVANNI

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1096701364
				V1130B1H8346		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.929

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

RODRIGUEZ SALCEDO XISTO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	54 AÑOS 2 MESES 26 DÍAS	CC	91346092
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

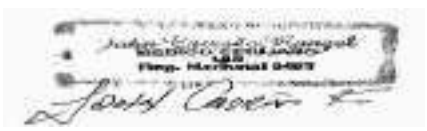
EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: RODRIGUEZ SALCEDO XISTO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	91346092
				J1130P1V7929		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.683

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

MORA ARENILLA YAIR	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	48 AÑOS 5 MESES 27 DÍAS	CC	9169148
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MORA ARENILLA YAIR

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	9169148
				T1130Z1F7683		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.543

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

CABALLERO RINCON YERSON RAUL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	35 AÑOS 2 MESES 2 DÍAS	CC	1102363863
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

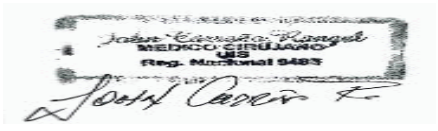
EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
	VALORACIÓN POR NUTRICIONISTA	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

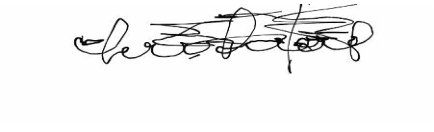
Firma: 

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

R. M.: 09128 **L.S.O.:** 21805 DE 2021

Código de Seguridad
V1130B1H7543

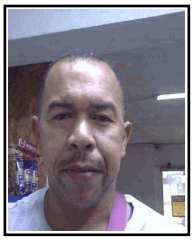
Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: CABALLERO RINCON YERSON RAUL

CC: 1102363863

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.677

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MORENO HERNANDEZ YOEL	MASCULINO	44 AÑOS 11 MESES 30 DÍAS	PT (Tipo)	3943040 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
	VALORACIÓN POR NUTRICIONISTA	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MORENO HERNANDEZ YOEL

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	PT:	3943040

U1130A1G7677

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.709

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

CHACON CARRILLO YOINER	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	31 AÑOS 8 MESES 20 DÍAS	CC	1049023361
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES

Observaciones: *NO APLICA*

CUMPLE	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO : POR AUMENTO ANORMAL DE PESO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE EPPS, AUTOCUIDADO, PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, HABITOS SALUDABLES, USAR ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA.

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 91224064 - RICARDO BEJARANO

R. M.: 6898/93 **L.S.O.:** 20009/2022

Código de Seguridad
I1130O1U7709

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CHACON CARRILLO YOINER

CC: 1049023361

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.881

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

MANJARRES IBAÑEZ MILTON ANTONIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	44 AÑOS 11 MESES 1 DÍAS	CC	91528481
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MANJARRES IBAÑEZ MILTON ANTONIO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	91528481
				V1130B1H7881		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.521

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	11 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
RODRIGUEZ TIRADO NICOLAS	MASCULINO	20 AÑOS 2 MESES 11 DÍAS	CC (Tipo)	1032678297 (Número)

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
FAMISANAR	PORVENIR	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	CAPACITACIÓN	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

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

Médico

Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

R. M.: 9485/1993 **L.S.O.:** 21805 DE 2021

Código de Seguridad
V1130B1H8521

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ TIRADO NICOLAS

CC: 1032678297

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.532

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	11 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
CARREÑO NUÑEZ REYNALDO	MASCULINO	56 AÑOS 9 MESES 8 DÍAS	CC (Tipo)	5674489 (Número)

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PORVENIR	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

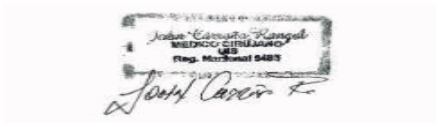
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

R. M.: 9485/1993 **L.S.O.:** 21805 DE 2021

Código de Seguridad
M1130S1Y8532

Aspirante o Trabajador

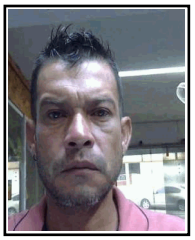


Firma:

Nombre: CARREÑO NUÑEZ REYNALDO

CC: 5674489

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.080

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

TORRES PALOMINO ROBINSON	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	43 AÑOS 8 MESES 0 DÍAS	CC	91353580
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

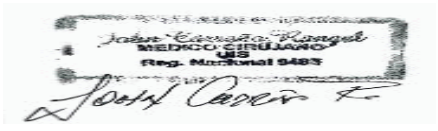
EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	CAPACITACIÓN	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

R. M.: 09128 **L.S.O.:** 21805 DE 2021

Código de Seguridad

J1130P1V8080

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: TORRES PALOMINO ROBINSON

CC: 91353580

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.542

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

MORA VIBANCO ROYMER DE JESUS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	66 AÑOS 11 MESES 11 DÍAS	CC	944869
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
	VALORACIÓN POR NUTRICIONISTA	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MORA VIBANCO ROYMER DE JESUS

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	944869
				J1130P1V7542		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.398

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	10 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

MARIÑO BLANCO RUBEN DARIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	29 AÑOS 7 MESES 3 DÍAS	CC	1095828212
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MARIÑO BLANCO RUBEN DARIO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1095828212
				J1130P1V8398		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.866

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

PEÑA PEÑA SIMON GREGORIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	45 AÑOS 1 MESES 15 DÍAS	PT	1265732
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: PEÑA PEÑA SIMON GREGORIO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	PT:	1265732
				D1130J1P7866		

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.469

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	10 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO ESPACIOS BGA	CONSORCIO ESPACIOS BGA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
ESTUPIÑAN GOMEZ WILLINGTON	MASCULINO	37 AÑOS 8 MESES 22 DÍAS	CC (Tipo)	1098649073 (Número)

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
COOSALUD	COLPENSIONES	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTO*

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	CAPACITACIÓN	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

R. M.: 9485/1993 **L.S.O.:** 21805 DE 2021

Código de Seguridad

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ESTUPIÑAN GOMEZ WILLINGTON

CC: 1098649073