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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.802

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 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)

GUERRERO PONTON FERNANDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	50 AÑOS 2 MESES 4 DÍAS	CC	18928956
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL DE CONSTRUCCION

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:

John Carreño Rangel
MEDICO CIRUJANO
UIS
Reg. Nacional 9483

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GUERRERO PONTON FERNANDO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	18928956
				W1130C1I7802		

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.143

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 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)

GONZALEZ RUGELES GERARDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	43 AÑOS 7 MESES 26 DÍAS	CC	91506150
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: GONZALEZ RUGELES GERARDO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	91506150
				O1130U1A8143		

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.817

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 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)

CAMPOS CONTRERAS JESUS DAVID	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	35 AÑOS 7 MESES 19 DÍAS	CC	1090420679
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:

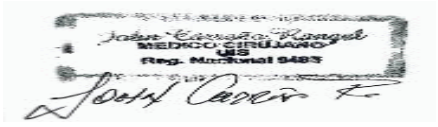
EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	TRIGLICERIDOS	✓
AUDIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
VISIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS 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.

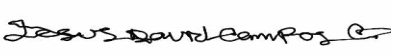
Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador



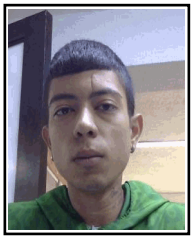
Firma:

Nombre: CAMPOS CONTRERAS JESUS DAVID

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1090420679

K1130Q1W7817

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.460

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	
PEÑA VARGAS JOAN SEBASTIAN	MASCULINO	22 AÑOS 3 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	1005104808 (Número)

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
FAMISANAR	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
USAR CORRECCIÓN VISUAL	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: PEÑA VARGAS JOAN SEBASTIAN

CC: 1005104808

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.153

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 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)

TOSCANO PEDROZO MANUEL BENEDICTO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	17 AÑOS 0 MESES 14 DÍAS	CC	1096207210
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:

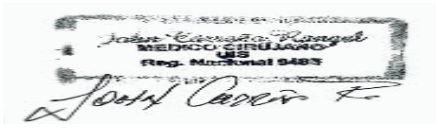
EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

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

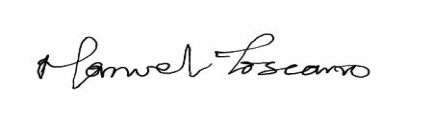
Firma: 

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

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

Código de Seguridad
F1130L1R8153

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: TOSCANO PEDROZO MANUEL BENEDICTO

CC: 1096207210

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.097

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)

FUENTES BARRIOS ROBINSON DANIEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	26 AÑOS 2 MESES 25 DÍAS	CC	1098823332
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: FUENTES BARRIOS ROBINSON DANIEL

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1098823332
				N1130T1Z8097		

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.272

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)

VASQUEZ MEJIA ROINER	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	32 AÑOS 6 MESES 1 DÍAS	CC	1050551271
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: VASQUEZ MEJIA ROINER

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1050551271

M1130S1Y8272

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.561

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 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	
LOPEZ VIDES JAIDER ENRIQUE	MASCULINO	43 AÑOS 0 MESES 16 DÍAS	CC (Tipo)	1052524901 (Número)

Cargo

OFICIAL 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
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	CAPACITACIÓN	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	VALORACIÓN POR NUTRICIONISTA	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		VALORACIÓN POR NUTRICIONISTA

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
M1130S1Y8561

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LOPEZ VIDES JAIDER ENRIQUE

CC: 1052524901

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.253

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	07 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)

PEDRAZA BARRERA CHRISTIAN ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	31 AÑOS 11 MESES 28 DÍAS	CC	1098740897
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INGENIERO RESIDENTE

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

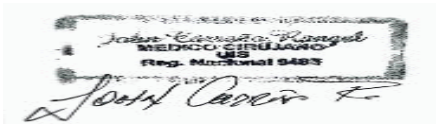
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

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
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico			Aspirante o Trabajador
Firma: 			**Firma:** 
Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO			**Nombre:** PEDRAZA BARRERA CHRISTIAN ANDRES
R. M.: 09128	**L.S.O.:** 21805 DE 2021	**Código de Seguridad** I1130O1U7253	**CC:** 1098740897

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.676

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)

RIVEROS VERGARA EDWARD ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	35 AÑOS 4 MESES 19 DÍAS	CC	1090416890
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR HSE

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: RIVEROS VERGARA EDWARD ANDRES

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1090416890
				G1130M1S7676		

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.440

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	08 MES	2025 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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)

DIAZ SANTOS GERMAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	47 AÑOS 2 MESES 19 DÍAS	CC	13540513
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONDUCTOR

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

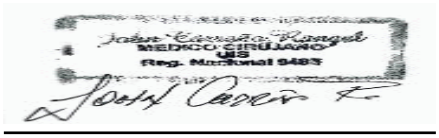
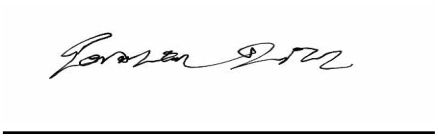
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓
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
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico				Aspirante o Trabajador
Firma:				**Firma:** 
Nombre:	CC: 85450825 - JOHN CARREÑO			**Nombre:** DIAZ SANTOS GERMAN
R. M.:	09128	**L.S.O.:** 21805 DE 2021	**Código de Seguridad** X1130D1J7440	**CC:** 13540513

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.891

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)

ARENAS URIBE JOHNATHAN STEVEN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	34 AÑOS 11 MESES 1 DÍAS	CC	1098693984
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR HSE

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: ARENAS URIBE JOHNATHAN STEVEN

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1098693984
				R1130X1D7891		

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.242

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	07 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)

CAMARGO VANEGAS JUAN DAVID	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	27 AÑOS 7 MESES 2 DÍAS	CC	1098802208
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INGENIERO AUXILIAR

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:

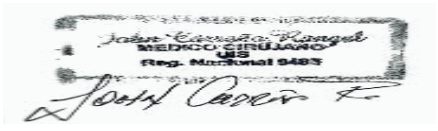
EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

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
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma: 

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

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

Código de Seguridad
H1130N1T7242

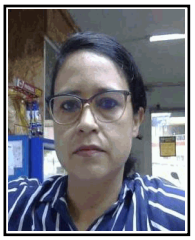
Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CAMARGO VANEGAS JUAN DAVID

CC: 1098802208

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.431

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 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)

MARQUEZ TORRES LUZ STELLA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	43 AÑOS 2 MESES 28 DÍAS	CC	63528090
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
PROFESIONAL HSEQ

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE)

Observaciones: *APTA*

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:

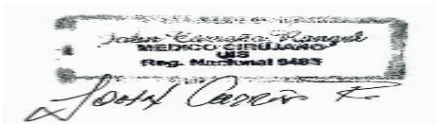
EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

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
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma: 

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

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

Código de Seguridad
R1130X1D7431

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: MARQUEZ TORRES LUZ STELLA

CC: 63528090

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.224

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	07 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 ADECUACIONES 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)

MARIN TIRADO SERGIO ALBERTO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	34 AÑOS 4 MESES 13 DÍAS	CC	1102366131
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INGENIERO RESIDENTE

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:

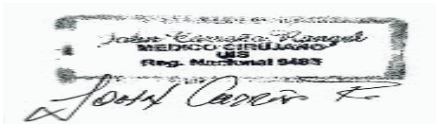
EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

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
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

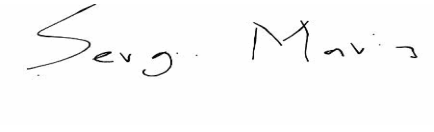
Firma: 

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

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

Código de Seguridad
U1130A1G7224

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: MARIN TIRADO SERGIO ALBERTO

CC: 1102366131

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.496

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 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	
CAMACHO VEGA ANGEL DE JESUS	MASCULINO	20 AÑOS 8 MESES 25 DÍAS	CC (Tipo)	1097094915 (Número)

Cargo

CONTROLADOR VIAL

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	SURA

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	DEJAR DE FUMAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		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
T1130Z1F8496

Aspirante o Trabajador

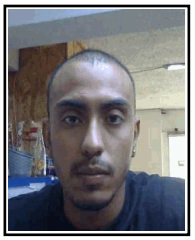


Firma:

Nombre: CAMACHO VEGA ANGEL DE JESUS

CC: 1097094915

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.101

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)

SUAREZ PROFAS AUGUSTO JOSE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	24 AÑOS 8 MESES 21 DÍAS	CC	1193427930
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INGENIERO AUXILIAR

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

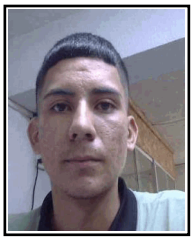
Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SUAREZ PROFAS AUGUSTO JOSE

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1193427930
				X1130D1J8101		

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.721

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)

MORA CAÑIZARES ANDERSON STIVEN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	19 AÑOS 7 MESES 23 DÍAS	CC	1094778845
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	

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



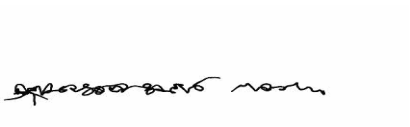
Firma:

Nombre: CC: 91224064 - RICARDO BEJARANO

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

Código de Seguridad
G1130M1S7721

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MORA CAÑIZARES ANDERSON STIVEN

CC: 1094778845

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.396

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 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

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)

ARDILA VARGAS PEDRO ELIAS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	55 AÑOS 0 MESES 2 DÍAS	CC	91178158
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:

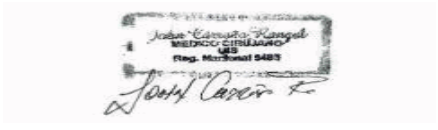
EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓

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

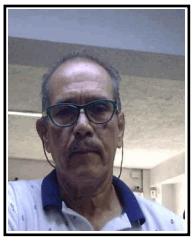
Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ARDILA VARGAS PEDRO ELIAS

R. M.:	9485/1993	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	91178158
				O1130U1A8396		

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.212

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 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

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	
ARENIS QUINTERO GIOVANNY	MASCULINO	60 AÑOS 5 MESES 8 DÍAS	CC (Tipo)	91240304 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES

Observaciones: *NO APLICA*

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	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓

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	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE EPPS, AUTOCUIDADO, PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, USAR ELEMENTOS DE PROTECCION VISAUL 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
Q1130W1C8212

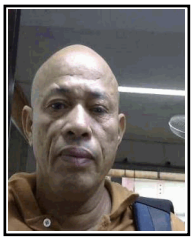
Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ARENIS QUINTERO GIOVANNY

CC: 91240304

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.612

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

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)

CAAMAÑO MORATO EULICES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	52 AÑOS 8 MESES 4 DÍAS	CC	91441682
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:

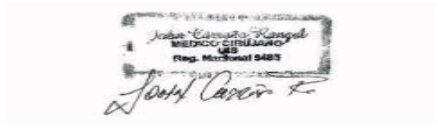
EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO PARA TRABAJO EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓

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: CAAMAÑO MORATO EULICES

R. M.:	9485/1993	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	91441682
				F1130L1R7612		

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.318

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 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

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)

GOMEZ TRUJILLO ISAIAS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	54 AÑOS 3 MESES 7 DÍAS	CC	91442303
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 MÉDICA DE PRE-INGRESO PARA TRABAJO 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	CONTROL DE PESO
	CAPACITACIÓN	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: GOMEZ TRUJILLO ISAIAS

R. M.:	9485/1993	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	91442303
				I1130O1U8318		