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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.828

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

SANTANA LINARES DANIEL ELIAS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	18 AÑOS 11 MESES 9 DÍAS	CC	1080540533
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
	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

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SANTANA LINARES DANIEL ELIAS

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1080540533
				S1130Y1E7828		

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.452

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 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)

PICO ROMERO LUIS FELIPE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	37 AÑOS 0 MESES 18 DÍAS	CC	1099662201
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:

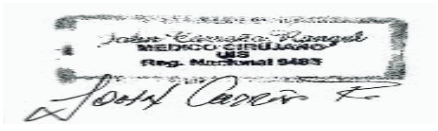
EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		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
K1130Q1W7452

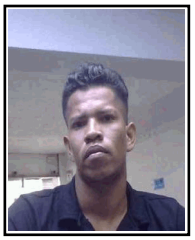
Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: PICO ROMERO LUIS FELIPE

CC: 1099662201

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.457

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 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)

RINCON ZAMBRANO MANUEL DE JESUS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	23 AÑOS 11 MESES 17 DÍAS	CC	1004504926
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:

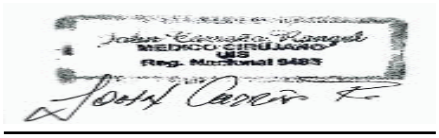
EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
TRIGLICERIDOS	✓	----------	

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
		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

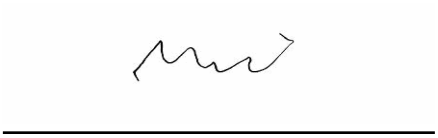
Firma: 

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

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

Código de Seguridad
M1130S1Y7457

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: RINCON ZAMBRANO MANUEL DE JESUS

CC: 1004504926

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.661

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 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)

SERRANO SANDOVAL MAURICIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	34 AÑOS 11 MESES 28 DÍAS	CC	1095806924
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: SERRANO SANDOVAL MAURICIO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1095806924
				R1130X1D7661		

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.555

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	
MORALES SANTOS MIGUEL ANGEL	MASCULINO	22 AÑOS 0 MESES 2 DÍAS	CC (Tipo)	1005371375 (Número)

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	NO REFIERE	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



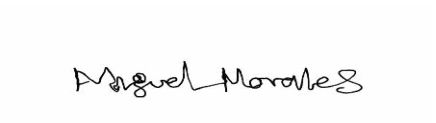
Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

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

Código de Seguridad
S1130Y1E8555

Aspirante o Trabajador

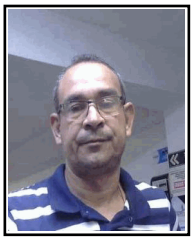


Firma:

Nombre: MORALES SANTOS MIGUEL ANGEL

CC: 1005371375

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.152

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)

MEJIAS CAMACHO NELSON	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	46 AÑOS 2 MESES 22 DÍAS	PT	1537929
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

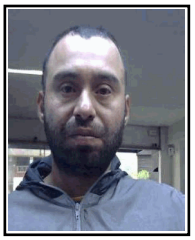


Firma:

Nombre: MEJIAS CAMACHO NELSON

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	PT:	1537929
				Z1130F1L8152		

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.009

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 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)

HERNANDEZ MARTINEZ OSCAR ALBERTO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	36 AÑOS 2 MESES 0 DÍAS	CC	1095918681
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: HERNANDEZ MARTINEZ OSCAR ALBERTO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1095918681
				K1130Q1W8009		

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.019

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 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)

ALBARRACIN REYES OSCAR ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	27 AÑOS 5 MESES 20 DÍAS	CC	1098806054
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	✓	----------	

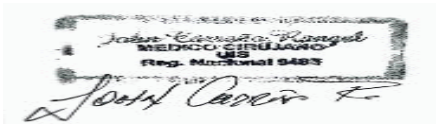
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	CAPACITACIÓN	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE

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

V1130B1H8019

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: ALBARRACIN REYES OSCAR ANDRES

CC: 1098806054

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.144

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)

NOSSA ACUÑA OSCAR JAVIER	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	43 AÑOS 7 MESES 8 DÍAS	CC	91353786
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



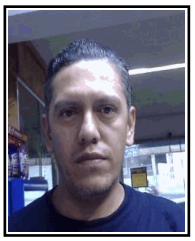
Firma:

Nombre: NOSSA ACUÑA OSCAR JAVIER

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	91353786

U1130A1G8144

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.540

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 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	
REYES CARVAJAL OSKAR LEANDRO	MASCULINO	35 AÑOS 11 MESES 18 DÍAS	CC (Tipo)	1102361837 (Número)

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
SURA	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

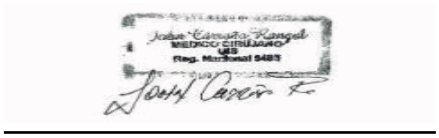
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

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
K1130Q1W8540

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: REYES CARVAJAL OSKAR LEANDRO

CC: 1102361837

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.653

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 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)

PEREZ LEAL RAFAEL ORLANDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	46 AÑOS 2 MESES 28 DÍAS	CC	88306148
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
	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

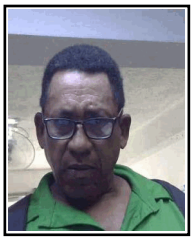
Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PEREZ LEAL RAFAEL ORLANDO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	88306148
				D1130J1P7653		

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.733

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)

NEGRETE POLO RAMON ARTURO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	57 AÑOS 5 MESES 19 DÍAS	CC	15612171
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL 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
USAR CORRECCIÓN VISUAL : POR OPTOMETRIA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
CORRECCION VISUAL PERMANENTE DEL AD EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA : RESTRINGIR HARINAS PRECOCIDAS Y GRASAS SATURADAS

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

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: NEGRETE POLO RAMON ARTURO

R. M.:	6898/93	L.S.O.:	20009/2022	Código de Seguridad	CC:	15612171
				S1130Y1E7733		

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.726

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)

CAÑIZARES LASSO RAUL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	48 AÑOS 1 MESES 24 DÍAS	CC	91498567
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
C1130I1O7726

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CAÑIZARES LASSO RAUL

CC: 91498567

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.191

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

DURAN GARCIA RODRIGO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	42 AÑOS 9 MESES 29 DÍAS	CC (Tipo)	91354497 (Número)
Apellidos y Nombres				

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.

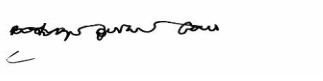
Médico



Firma:

Nombre: CC: 85450825 - JOHN CARREÑO

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: DURAN GARCIA RODRIGO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	91354497
				T1130Z1F8191		

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.871

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)

SANCHEZ ARAQUE SANTOS GABRIEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	42 AÑOS 10 MESES 29 DÍAS	CC	13392492
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: SANCHEZ ARAQUE SANTOS GABRIEL

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	13392492

G1130M1S7871

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.450

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 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	
CAAMAÑO ZETUAIN URIEL	MASCULINO	53 AÑOS 9 MESES 25 DÍAS	CC (Tipo)	5046350 (Número)

Cargo
MAESTRO GENERAL

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	✓	----------	

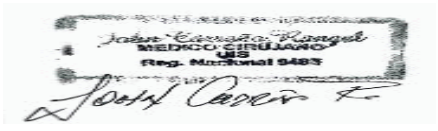
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	CAPACITACIÓN	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

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

S1130Y1E7450

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: CAAMAÑO ZETUAIN URIEL

CC: 5046350

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.018

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 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)

RUBIO GUERRERO WILFRIDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	39 AÑOS 7 MESES 27 DÍAS	CC	1085036613
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: RUBIO GUERRERO WILFRIDO

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1085036613
				L1130R1X8018		

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.652

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 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)

ESPINOSA DIAZ JOSE GABRIEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	28 AÑOS 0 MESES 24 DÍAS	CC	1005151329
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
	SVE CARDIOVASCULAR	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	CAPACITACIÓN	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	VALORACIÓN POR NUTRICIONISTA	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: ESPINOSA DIAZ JOSE GABRIEL

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1005151329
				X1130D1J7652		

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.823

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 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 JULIO JOSE LUIS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	51 AÑOS 10 MESES 24 DÍAS	CC	78076273
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: GUERRERO JULIO JOSE LUIS

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	78076273
				F1130L1R7823		

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.738

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)

AISLANT DE LA ROSA JOSE MIGUEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	31 AÑOS 1 MESES 21 DÍAS	CC	1002465442
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
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA : RESTRINGIR HARINAS PRECOCIDAS Y GRASAS SATURADAS

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

Aspirante o Trabajador

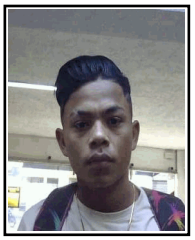


Firma:

Nombre: AISLANT DE LA ROSA JOSE MIGUEL

R. M.:	6898/93	L.S.O.:	20009/2022	Código de Seguridad	CC:	1002465442
				W1130C1I7738		

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.649

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 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)

RINCON LAGUNA JUAN DAVID	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	22 AÑOS 6 MESES 15 DÍAS	CC	1085035517
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: RINCON LAGUNA JUAN DAVID

R. M.:	09128	L.S.O.:	21805 DE 2021	Código de Seguridad	CC:	1085035517
				Z1130F1L7649		

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.569

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 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)

ROJAS GONZALEZ JUAN PABLO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	33 AÑOS 2 MESES 15 DÍAS	CC	1098731128
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
		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.