



Dr. Oscar Barreto León

Md. Esp. en SST - Medicina Laboral
Multiplaza El Cable Cra. 21 No. 64 A-33 Manizales
Consultorio: 604 - 614 - Cel: 3113544537

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL
RESOLUCION 1843 DE 2025



FECHA: DIA: 02 MES: 02 AÑO: 2026

I - DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE DE LA EMPRESA: ING GERMAN SALAZAR

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ENRIQUE ARANGO DUQUE

IDENTIFICACION: CC - 10241874

FECHA DE NACIMIENTO: 1958-04-14

ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE

DIRECCION: CRA. 8 E NO. 48H-24

ESCOLARIDAD: EDUCACION SECUNDARIA

CARGO ACTUAL: MAESTRO DE OBRA

FACTORES RIESGO: ERGONOMICO, MECANICO

EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS - ARS

PENSION: COLPENSIONES

ARP: SURAMERICANA - ARP

SEXO: M

EDAD: 67 Años 9 Meses 19 Dias

TELEFONO: 3206785722 -

PROFESION: BACHILLER INCOMPLETO

FECHA INGRESO: 2026-02-02

II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

INGRESO

III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

APTO SIN RESTRICCIONES

IV - TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

NINGUNO

V - RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EN LA EPS

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA APLICABLE AL CARGO

- RIESGO ERGONOMICO

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL: SE REALIZA EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO, CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL SIN ENCONTRARSE AL MOMENTO DE LA EVALUACION PATOLOGIAS QUE PUEDAN INTERFERIR O VERSE AFECTADAS CON LA ACTIVIDAD PARA LA CUAL ES CONTRATADO. APTO SIN RESTRICCIONES.

LA PRESENTE EVALUACION MEDICA SE REALIZA SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE .

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a realizar de manera voluntaria el examen médico ocupacional ordenado y los exámenes paraclínicos complementarios requeridos. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Médico Ocupacional y/o exámenes paraclínicos complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. He recibido información y propósito del examen a realizar. He comprendido y teniendo la oportunidad de analizar el propósito a partir de la información 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. Certifico que la información suministrada es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que se le dé a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legalización para dar cumplimiento al programa de Seguridad y salud en el trabajo establecido por la empresa, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS correspondiente a la cual me encuentro actualmente afiliado cuando sea requerida. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Aspirante o Trabajador

LUIS ENRIQUE ARANGO DUQUE
CC - 10241874