



INSTITUCION PARA EL DESARROLLO LA EDUCACIÓN Y LA
SALUD SAS

NIT:901725277-3

Diagonal 50 N° 49-84 Piso 4 Edificio Colpatría

Tel: 6044181810- Cel: 3103986466

comercialidesatualturas2@gmail.com

Medellín



N° 62,942

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
10 DÍA	02 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
CONSORCIO FG DAGRD				CONSORCIO FG DAGRD			
CIIU (Actividad Económica) del empleador:							
4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES.							
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	
ROMERO RIOS DIEGO ALBERTO				MASCULINO	36 AÑOS 4 MESES 28 DÍAS	CC	1128430070
						Tipo	Número
Cargos							
AYUDNATE							
EPS		AFP			ARL		
SURA		PORVENIR			NO REGISTRA		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL NORMAL.							
Observaciones: .							
NA		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:							
AUDIOMETRÍA				✓	EVALUACIÓN MÉDICO PSICOFÍSICO		
VISIOMETRÍA				✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR		
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		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
						FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
LAS CONDICIONES DE SALUD ACTUALES, EN FUNCION DE LAS TAREAS A DESARROLLAR, SON ACORDES A LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO, NO SE IDENTIFICA CONDICION QUE PUEDA PONER EN RIESGO SU INTEGRIDAD O LA DE TERCEROS, DEBE CUMPLIR CON LOS CRITERIOS DE RESPONSABILIDAD, HABILIDAD, COMPETENCIAS TECNICAS, PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL QUE ASPIRA, SE DEBEN IMPLEMENTAR LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN REQUERIDAS PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DEL OFICIO Y REALIZAR LA CAPACITACIÓN CONTINUA PARA EL ADECUADO MANEJO DE CARGAS Y DE POSTURAS EN EL TRABAJO PARA PREVENIR PATOLOGÍAS OSTEOMUSCULARES Y ACCIDENTES.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: CC: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO				Nombre: ROMERO RIOS DIEGO ALBERTO			
R. M.: 05200803				Código de Seguridad		CC: 1128430070	
L.S.O.: 104471				B1412H1N62942			