



N° 63,045

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
11 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	
LOPEZ GIL MARTIN OMAR				MASCULINO	61 AÑOS 8 MESES 21 DÍAS	CC	70630842
						Tipo	Número
Cargo							
AYUDANTE							
EPS		AFP			ARL		
NUEVA EPS		COLFONDOS			NO REGISTRA		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
VALORACION MEDICA							
Observaciones: CON RECOMENDACIONES							
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:							
AUDIOMETRÍA				✓	EVALUACIÓN MÉDICO PSICOFÍSICO		
VISIONOMETRÍA				✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
AUDIOMETRIA DE CONTROL EN SU EPS				USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
				SVE VISUAL		DIETA BALANCEADA	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTIVOS	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
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: LOPEZ GIL MARTIN OMAR			
R. M.: 05200803 L.S.O.: 104471				CC: 70630842			