INSTITUCION PARA EL DESARROLLO LA EDUCACIÓN Y LA SALUD SAS
NIT:901725277-3
Diagonal 50 N° 49-84 Piso 4 Edificio Colpatria
Tel: 6044181810- Cel: 3103986466
comercialidesatualturas2@gmail.com
Medellín



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 62,357

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 29 DÍA | 01 MES | 2026 AÑO | MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

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 | |
|---|---|---|---|---|
| MESA JUAN DAVID | MASCULINO | 36 AÑOS 2 MESES 25 DÍAS | CC (Tipo) | 1039759297 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NUEVA EPS | COLFONDOS | NO REGISTRA |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO.**

Observaciones: .

| 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 | ✓ |
| VISIOMETRÍA | ✓ | - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | SVE CARDIOVASCULAR | CONTROL DE PESO |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HACER DEPORTE |
| | | VALORACION RIESGO CARDIOVASCULAR EN SU EPS |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

DEBE SER EVALUADO POR NUTRICION E INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE RIESGO CARDIOVASCULAR YA QUE EXISTE EL RIESGO DE PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES, DE COLUMNA, RODILLAS Y DEL METABOLISMO DE LAS GRASAS, AZÚCARES, PUEDE PRESENTAR UN MAYOR INDICE DE ACCIDENTES LABORALES QUE LOS DEMAS.DEBE CUMPLIR CON LOS CRITERIOS DE RESPONSABILIDAD HABILIDAD, COMPETENCIAS TECNICAS, PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, DEBE TOMAR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA GARANTIZAR SU SALUD Y SEGURIDAD. NO EXCEDER EL LIMITE DE SUS CAPACIDADES.

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: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO

**R. M.:** 05200803 **L.S.O.:** 104471

**Código de Seguridad**

G1412M1S62357

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** MESA JUAN DAVID

**CC:** 1039759297