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° 63,531

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	02 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	
MOSQUERA ADELFIO	MASCULINO	65 AÑOS 8 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	8702520 (Número)

Cargo

OFICIAL

EPS	AFP	ARL
SURA	COLPENSION	NO REGISTA

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	✓
VISIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	HACER DEPORTE
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		DIETA BALANCEADA
		VALORACION RIESGO CARDIOVASCULAR EN SU EPS : CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL EN SU EPS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

LAS CONDICINES ACTUALES FISICAS Y MENTALES, EN FUNCION DE LAS ACTIVIDADES CLASE DE RIESGO IV Y V A LAS CUALES SE EXPONDRA, NO SON ACORDES A LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA DEL PERFIL DEL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO, PRESENTA ALTERACION EN LOS PARACLINICOS REALIZADOS Y SU CAPACIDAD DE REACCIÓN DISMINUIDA, POR TAL MOTIVO PUEDE PRESENTAR LIMITACIÓN PARA REALIZAR TAREAS QUE EXIJAN FUERZA, RESISTENCIA, AUNQUE EL EXAMEN FÍSICO ESTA DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, NO ES POSIBLE ASEGURAR QUE BAJO CONDICIONES PARTICULARES DE TRABAJO EN LAS CUALES SE EXIJA MOVIMIENTOS REPETITIVOS DE ALGUNOS SEGMENTOS CORPORALES DURANTE LARGAS JORNADAS (MÁS DE 4 HORAS CONTINUAS) PARA LAS ESTRUCTURAS OSTEOARTICULARES NO SE VAYAN A GENERAR SÍNTOMAS O LESIONES DERIVADOS DEL SOBREESFUERZO PARA REALIZAR LA TAREA, NO DEBE REALIZAR TAREAS CRÍTICAS , PUEDE TENER UN MAYOR RIESGO DE ACCIDENTALIDAD QUE LOS DEMÁS. ADEMAS SE EVIDENCIO SU PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA, SE RECOMIENDA CONSULTAR A SU ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD PARA VALORACIÓN Y AJUSTE DE MEDICAMENTO. ESTA CONDICIÓN NO LE GENERA ACTUALMENTE RESTRICCIONES OCUPACIONALES PARA EL OFICIO, PERO SE REQUIERE SU CONTROL Y SEGUIMIENTO PORQUE AUMENTA EL RIESGO DE PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES Y RENALES Y EVENTUALMENTE DE UN MAYOR AUSENTISMO LABORAL. NO SE TUVO EN CUENTA EL FACTOR TOXICOLOGICO. EL CUAL SE DEBE REALIZAR COMO LO INDICA LA RESOLUCION 1843 DE 2025

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			Aspirante o Trabajador
Firma:			**Firma:** 
Nombre:	CC: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO	**Código de Seguridad**	**Nombre:** MOSQUERA ADELFIO
R. M.:	05200803 **L.S.O.:** 104471	**M1412S1Y63531**	**CC:** 8702520