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° 63,536

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	
BELLO PARRA JOJAN ENRIQUE	MASCULINO	40 AÑOS 9 MESES 17 DÍAS	CC (Tipo)	71353531 (Número)

Cargo

AYUDANTE

EPS	AFP	ARL
COOSALUD	PORVENIR	NO REGISTRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

VALORACION MEDICA

Observaciones: *INGRESO 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:

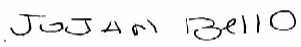
AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICO PSICOFÍSICO	✓
VISIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	DEJAR DE FUMAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SUS CONDICINES DE SALUD ACTUALES ESTAN DENTRO DE LOS PARAMETROS EN FUNCION DE LAS ACTIVIDADES CLASE DE RIESGO IV Y V A LAS CUALES SE EXPONDRA, Y SON ACORDES A LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA DEL PERFIL DEL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO, SE RECOMIENDA A LA EMPRESA INCLUIR EN SU PROFESIOGRAMA EL EXAMEN TOXICOLOGICO TAL COMO LO INDICA, LA RESOLUCION 1843 DE 2025, PARA ACTIVIDADES CRITICAS, POR TAL MOTIVO, SE COMPROMETE LA PRECISIÓN DEL CONCEPTO DE APTITUD LABORAL AL NO REALIZAR EL EXAMEN TOXICOLOGICO, PRESENTA ALTERACION EN UNA DE SUS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ACTUALMENTE NO LE GENERA RESTRICCION LABORAL DEBE CONSULTAR CON OPTOMETRIA YA QUE REQIERE USO PERMANENTEMENTE DE LENTES CORRECTIVOS, ES RESPONSABILIDAD DE LA EMPRESA SI LABORA SIN ELLOS POR HABER UN MAYOR RIESGO DE ACCIDENTALIDAD, Y PONER EN RIESGO SU INTEGRIDAD O LA DE TERCEROS. DEBE INGRESAR AL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA VISUAL Y 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	Aspirante o Trabajador
Firma: 	Firma: 
Nombre: CC: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO	Nombre: BELLO PARRA JOJAN ENRIQUE
R. M.: 05200803 L.S.O.: 104471	CC: 71353531