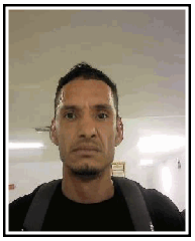
INSTITUCION PARA EL DESARROLLO LA EDUCACIÓN Y LA SALUD SAS
NIT:901725277-3
Diagonal 50 N° 49-84 Piso 4 Edificio Colpatria
Tel: 6044181810- Cel: 3103986466
comercialidesatualturas2@gmail.com
Medellín



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 63,047

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 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	
VELEZ HENAO JONATHAN ALBERTO	MASCULINO	38 AÑOS 1 MESES 21 DÍAS	CC (Tipo)	1017157213 (Número)

Cargo

AYUDANTE

EPS	AFP	ARL
SURA	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
AUDIOMETRIA DE CONTROL EN SU EPS	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
	SVE AUDITIVO	DIETA BALANCEADA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

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 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

U1412A1G63047

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VELEZ HENAO JONATHAN ALBERTO

CC: 1017157213