# Examenes de ingreso
# Consorcio FG FAGRD

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° 64,551

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 17 DÍA | 03 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 | |
|---|---|---|---|---|
| HOLGUIN JIMENEZ JHON EDWIN | MASCULINO | 25 AÑOS 10 MESES 24 DÍAS | CC (Tipo) | 1007632690 (Número) |

Cargo

**OFICIAL**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SAVIA SALUD | PORVENIR | SURA |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

**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 |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

LAS CONDICINES DE SALUD ACTUALES, EN FUNCION DE LAS TAREAS A DESARROLLAR, SON ACORDES A LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO, NO SE IDENTIFICA CONDICION QUE PUEDA PONER EN RIESGO SU INTEGRIDAD O LA DE TERCEROS, DEBE CUMPLIR CON LOS CRITERIOS DE RESPONSABILIDAD, HABILIDAD, COMPETENCIAS TECNICAS, PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL QUE ASPIRA, 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**

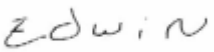


**Firma:**

**Nombre:** CC: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO

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

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** HOLGUIN JIMENEZ JHON EDWIN

**CC:** 1007632690

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° 64,800

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 25 DÍA | 03 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 | |
|---|---|---|---|---|
| ARIAS VASQUEZ JUAN CAMILO | MASCULINO | 36 AÑOS 6 MESES 17 DÍAS | CC (Tipo) | 1128422857 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NUEVA EPS | COLPENSIONES | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, CON ENFASIS EN TAREAS CRITICAS, DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES.**

Observaciones: *NO APLICA*

**APTO** PARA TRABAJAR EN ALTURAS

| 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 |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | | HACER DEPORTE |

**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, SIN TENER PRESENTE DICHO RESULTADO, NO SE IDENTIFICA CONDICION QUE PUEDA PONER EN RIESGO SU INTEGRIDAD O LA DE TERCEROS. DEBE CUMPLIR CON HABILIDAD Y 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 | Aspirante o Trabajador |
|---|---|
| Firma: | Firma: |
| Nombre: CC: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO | Nombre: ARIAS VASQUEZ JUAN CAMILO |
| R. M.: 05200803 L.S.O.: 104471 | CC: 1128422857 |

**Dr. Oscar Barreto León**
**Md. Esp. en SST - Medicina Laboral**
Multiplaza El Cable Cra. 21 No. 64 A-33 Manizales
Consultorio: 604 - 614 - Cel: 3113544537

# CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL
**RESOLUCION 1843 DE 2025**



**FECHA:** **DIA:** 25 **MES:** 02 **AÑO:** 2026

## I - DATOS DEL EMPLEADO

**NOMBRE DE LA EMPRESA:** CONSORCIO FG DAGRD
**NOMBRES Y APELLIDOS:** JHON FABER GIRALDO FRANCO
**IDENTIFICACION:** CC - 1053861039
**FECHA DE NACIMIENTO:** 1997-12-13 **SEXO:** M
**ESTADO CIVIL:** UNIÓN LIBRE **EDAD:** 28 Años 2 Meses 12 Dias
**DIRECCION:** EL CARMEN CALLE 17 NO. 32 71 **TELEFONO:** 3046216581 -
**ESCOLARIDAD:** TECNICO **PROFESION:** CONTABILIDAD
**CARGO ACTUAL:** OFICIAL DE CONSTRUCCION **FECHA INGRESO:** 2026-03-02
**FACTORES RIESGO:** ERGONOMICO, FISICO, MECANICO
**EPS:** EPS SANITAS **PENSION:** COLPENSIONES **ARP:** SURAMERICANA - ARL

## II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

INGRESO

## III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

APTO SIN RESTRICCIONES

## IV - TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

NINGUNO

## V - RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA APLICABLE AL CARGO

- RIESGO ERGONOMICO

**CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:** EVALUACION MEDICA LABORAL REALIZADA EN LA CIUDAD DE MANIZALES DIRECCION DE CONSULTORIO CRA. 21 NO. 64 A-33 EDIFICIO MULTIPLAZA EL CABLE CONSULTORIO 604
SE REALIZA EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO, CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL SIN ENCONTRARSE AL MOMENTO DE LA EVALUACION PATOLOGIAS QUE PUEDAN INTERFERIR O VERSE AFECTADAS CON LA ACTIVIDAD PARA LA CUAL ES CONTRATADO. APTO SIN RESTRICCIONES.
LA PRESENTE EVALUACION MEDICA SE REALIZA SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE .
CON LA FIRMA DEL PACIENTE SE VALIDA QUE SE HA INFORMADO SOBRE EL RESULTADO DE LA VALORACION OCUPACIONAL ASI COMO LAS RECOMENDACIONES LABORALES EMITIDAS.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a realizar de manera voluntaria el examen médico ocupacional ordenado y los exámenes paraclínicos complementarios requeridos. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Médico Ocupacional y/o exámenes paraclínicos complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. He recibido información y propósito del examen a realizar. He comprendido y teniendo la oportunidad de analizar el propósito a partir de la información 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. Certifico que la información suministrada es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que se le dé a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legalización para dar cumplimiento al programa de Seguridad y salud en el trabajo establecido por la empresa, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS correspondiente a la cual me encuentro actualmente afiliado cuando sea requerida. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**OSCAR ALBERTO BARRETO LEON**
**Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**
**CC: 79.049.995 Bogotá**
**Registro Médico: 15120**
**Licencia en Salud Ocupacional: SO-041**
**Cel: 3113544537**

Aspirante o Trabajador

**JHON FABER GIRALDO FRANCO**
**CC - 1053861039**

Jhon Faber

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° 63,948

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 03 DÍA | 03 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 | |
|---|---|---|---|---|
| GUISAO HIGUITA RAMON DANIEL | MASCULINO | 25 AÑOS 0 MESES 24 DÍAS | CC (Tipo) | 1193220537 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SALUD TOTAL | PORVENIR | NOREFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **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 |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |
| | | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

LAS CONDICINES DE SALUD ACTUALES, EN FUNCION DE LAS TAREAS A DESARROLLAR, SON ACORDES A LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO, NO SE IDENTIFICA CONDICION QUE PUEDA PONER EN RIESGO SU INTEGRIDAD O LA DE TERCEROS, DEBE CUMPLIR CON LOS CRITERIOS DE RESPONSABILIDAD, HABILIDAD, COMPETENCIAS TECNICAS, PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL QUE ASPIRA, 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**

A1412G1M63948

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** GUISAO HIGUITA RAMON DANIEL

**CC:** 1193220537

**Dr. Oscar Barreto León**
**Md. Esp. en SST - Medicina Laboral**
Multiplaza El Cable Cra. 21 No. 64 A-33 Manizales
Consultorio: 604 - 614 - Cel: 3113544537

# CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL
**RESOLUCION 1843 DE 2025**



**FECHA:** **DIA:** 13 **MES:** 03 **AÑO:** 2026

## I - DATOS DEL EMPLEADO

**NOMBRE DE LA EMPRESA:** CONSORCIO FG DAGRD
**NOMBRES Y APELLIDOS:** JOSE WILMAR HERNANDEZ SANCHEZ
**IDENTIFICACION:** CC - 75082302
**FECHA DE NACIMIENTO:** 1977-01-05
**ESTADO CIVIL:** CASADO(A)
**DIRECCION:** CALLE 48 C 39 B 46 EL PARAISO
**ESCOLARIDAD:** EDUCACION BASICA PRIMARIA
**CARGO ACTUAL:** OFICIAL DE CONSTRUCCION
**FACTORES RIESGO:** ERGONOMICO, FISICO, MECANICO
**SEXO:** M
**EDAD:** 49 Años 2 Meses 8 Dias
**TELEFONO:** 3146673944 -
**PROFESION:** PRIMARIA
**FECHA INGRESO:** 2026-03-16
**EPS:** SALUD TOTAL S.A. EPS - ARS **PENSION:** PROTECCION S.A. **ARP:** SURAMERICANA - ARL

## II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

INGRESO

## III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

APTO SIN RESTRICCIONES

## IV - TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

NINGUNO

## V - RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EN LA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
REALIZAR DIETA, EJERCICIO Y REDUCIR PESO
DEJAR EL HABITO DE FUMAR
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA APLICABLE AL CARGO

- RIESGO ERGONOMICO

**CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:** EVALUACION MEDICA LABORAL REALIZADA EN LA CIUDAD DE MANIZALES DIRECCION DE CONSULTORIO CRA. 21 NO. 64 A-33 EDIFICIO MULTIPLAZA EL CABLE CONSULTORIO 604
SE REALIZA EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO, CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL SIN ENCONTRARSE AL MOMENTO DE LA EVALUACION PATOLOGIAS QUE PUEDAN INTERFERIR O VERSE AFECTADAS CON LA ACTIVIDAD PARA LA CUAL ES CONTRATADO. APTO SIN RESTRICCIONES.
LA PRESENTE EVALUACION MEDICA SE REALIZA SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE .
CON LA FIRMA DEL PACIENTE SE VALIDA QUE SE HA INFORMADO SOBRE EL RESULTADO DE LA VALORACION OCUPACIONAL ASI COMO LAS RECOMENDACIONES LABORALES EMITIDAS.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a realizar de manera voluntaria el examen médico ocupacional ordenado y los exámenes paraclínicos complementarios requeridos. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Médico Ocupacional y/o exámenes paraclínicos complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. He recibido información y propósito del examen a realizar. He comprendido y teniendo la oportunidad de analizar el propósito a partir de la información 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. Certifico que la información suministrada es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que se le dé a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legalización para dar cumplimiento al programa de Seguridad y salud en el trabajo establecido por la empresa, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS correspondiente a la cual me encuentro actualmente afiliado cuando sea requerida. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**OSCAR ALBERTO BARRETO LEON**
**Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**
**CC: 79.049.995 Bogotá**
**Registro Médico: 15120**
**Licencia en Salud Ocupacional: SO-041**
**Cel: 3113544537**

Aspirante o Trabajador

**JOSE WILMAR HERNANDEZ SANCHEZ**
**CC - 75082302**

José Wilmar Hernandez

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° 63,768

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 27 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 | |
|---|---|---|---|---|
| DURANGO HIGUITA JUAN CARLOS | MASCULINO | 29 AÑOS 4 MESES 18 DÍAS | CC (Tipo) | 1039290652 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| COOSALUD | PORVENIR | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

**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:**

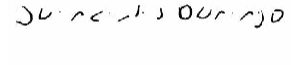
| | | | |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRÍA | ✓ | EVALUACIÓN MÉDICO PSICOFÍSICO | ✓ |
| VISIOMETRÍA | ✓ | EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | CONTROL DE PESO |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

LAS CONDICINES DE SALUD ACTUALES, EN FUNCION DE LAS TAREAS A DESARROLLAR, SON ACORDES A LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO, NO SE IDENTIFICA CONDICION QUE PUEDA PONER EN RIESGO SU INTEGRIDAD O LA DE TERCEROS, DEBE CUMPLIR CON LOS CRITERIOS DE RESPONSABILIDAD, HABILIDAD, COMPETENCIAS TECNICAS, PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL QUE ASPIRA, 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 | Aspirante o Trabajador |
|---|---|
| Firma:  | Firma:  |
| Nombre: CC: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO | Nombre: DURANGO HIGUITA JUAN CARLOS |
| R. M.: 05200803 L.S.O.: 104471 | CC: 1039290652 |

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° 63,861**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 28 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 | |
|---|---|---|---|---|
| GARRIDO RESTREPO JHON ESLEIDER | MASCULINO | 21 AÑOS 7 MESES 25 DÍAS | CC (Tipo) | 1032177243 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SAVIA SALUD | NO REFIERE | NO REFIERE |

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:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EVALUACIÓN PSICOFÍSICO CON TSA | ✓ | VISIOMETRÍA | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | EVALUACIÓN MÉDICO PSICOFÍSICO | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

LAS CONDICINES DE SALUD ACTUALES, EN FUNCION DE LAS TAREAS A DESARROLLAR, SON ACORDES A LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO, NO SE IDENTIFICA CONDICION QUE PUEDA PONER EN RIESGO SU INTEGRIDAD O LA DE TERCEROS, DEBE CUMPLIR CON LOS CRITERIOS DE RESPONSABILIDAD, HABILIDAD, COMPETENCIAS TECNICAS, PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL QUE ASPIRA, 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 prop ósito 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 ver ídicas. 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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**

**B1412H1N63861**

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** GARRIDO RESTREPO JHON ESLEIDER

**CC:** 1032177243

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° 63,680**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 26 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 | |
|---|---|---|---|---|
| HENAO HENAO HERNAN DARIO | MASCULINO | 59 AÑOS 0 MESES 16 DÍAS | CC (Tipo) | 3589200 (Número) |

Cargo

**OFICIAL**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REGISTRA | PORVENIR | SURA |

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:**

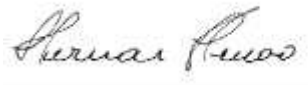
| | | | |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRÍA | ✓ | EVALUACIÓN MÉDICO PSICOFÍSICO | ✓ |
| VISIOMETRÍA | ✓ | EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| VALORACIÓN POR EPS : FONOAUDIOLOGIA | SVE VISUAL | DEJAR DE FUMAR |
| | SVE AUDITIVO | |
| | 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, , SE IDENTIFICA UNA CONDICON QUE DEBE SER EVALUADA POR OPTOMETRIA, LA CUAL NO ALTERA SU CAPACIDAD PARA LA LABOR ASIGNADA. DEBE INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA VISUAL.
PRESENTA ALTERACION EN UNA DE SUS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS QUE NO LE GENERA RESTRICCION LABORAL POR EL MOMENTO, POR ESTE MOTIVO DEBE CONSULTAR CON FONOAUDIOLOGIA E INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA, DICHO HALLAZGO PUEDE GENERAR UN MAYOR RIESGO DE ACCIDENTALIDAD Y PONER EN RIESGO SU INTEGRIDAD O LA DE TERCEROS, 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 | | | Aspirante o Trabajador |
|---|---|---|---|
| **Firma:**  | | | **Firma:**  |
| **Nombre:** CC: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO | | **Código de Seguridad** | **Nombre:** HENAO HENAO HERNAN DARIO |
| **R. M.:** 05200803 | **L.S.O.:** 104471 | **W1412C1I63680** | **CC:** 3589200 |

**Dr. Oscar Barreto León**
**Md. Esp. en SST - Medicina Laboral**
Multiplaza El Cable Cra. 21 No. 64 A-33 Manizales
Consultorio: 604 - 614 - Cel: 3113544537

# CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL
**RESOLUCION 1843 DE 2025**



**FECHA:** **DIA:** 13 **MES:** 03 **AÑO:** 2026

## I - DATOS DEL EMPLEADO

**NOMBRE DE LA EMPRESA:** CONSORCIO FG DAGRD
**NOMBRES Y APELLIDOS:** JOSE WILLIAM TABA OSORIO
**IDENTIFICACION:** CC - 10269589
**FECHA DE NACIMIENTO:** 1965-06-04 **SEXO:** F
**ESTADO CIVIL:** UNIÓN LIBRE **EDAD:** 60 Años 9 Meses 9 Dias
**DIRECCION:** CALLE 30 B CRA. 33 5 73 **TELEFONO:** 3104453379 -
**ESCOLARIDAD:** EDUCACION SECUNDARIA **PROFESION:** BACHILLER INCOMPLETO
**CARGO ACTUAL:** OFICIAL DE CONSTRUCCION **FECHA INGRESO:** 2026-03-16
**FACTORES RIESGO:** ERGONOMICO, FISICO, MECANICO
**EPS:** SALUD TOTAL S.A. EPS - ARS **PENSION:** COLPENSIONES - ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES **ARP:** SURAMERICANA - ARP

## II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

INGRESO

## III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

APTO SIN RESTRICCIONES

## IV - TIPO DE RESTRICCIONES O CAUSAS DE APLAZAMIENTO

NINGUNO

## V - RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EN LA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
REALIZAR DIETA, EJERCICIO Y REDUCIR PESO
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA APLICABLE AL CARGO

- RIESGO ERGONOMICO

**CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:** EVALUACION MEDICA LABORAL REALIZADA EN LA CIUDAD DE MANIZALES DIRECCION DE CONSULTORIO CRA. 21 NO. 64 A-33 EDIFICIO MULTIPLAZA EL CABLE CONSULTORIO 604
SE REALIZA EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO, CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL SIN ENCONTRARSE AL MOMENTO DE LA EVALUACION PATOLOGIAS QUE PUEDAN INTERFERIR O VERSE AFECTADAS CON LA ACTIVIDAD PARA LA CUAL ES CONTRATADO. APTO SIN RESTRICCIONES.
LA PRESENTE EVALUACION MEDICA SE REALIZA SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE .
CON LA FIRMA DEL PACIENTE SE VALIDA QUE SE HA INFORMADO SOBRE EL RESULTADO DE LA VALORACION OCUPACIONAL ASI COMO LAS RECOMENDACIONES LABORALES EMITIDAS.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

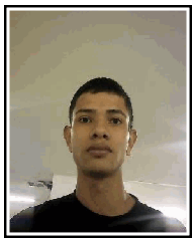
Autorizo al profesional abajo mencionado a realizar de manera voluntaria el examen médico ocupacional ordenado y los exámenes paraclínicos complementarios requeridos. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Médico Ocupacional y/o exámenes paraclínicos complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. He recibido información y propósito del examen a realizar. He comprendido y teniendo la oportunidad de analizar el propósito a partir de la información 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. Certifico que la información suministrada es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que se le dé a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legalización para dar cumplimiento al programa de Seguridad y salud en el trabajo establecido por la empresa, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS correspondiente a la cual me encuentro actualmente afiliado cuando sea requerida. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**OSCAR ALBERTO BARRETO LEON**
**Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**
**CC: 79.049.995 Bogotá**
**Registro Médico: 15120**
**Licencia en Salud Ocupacional: SO-041**
**Cel: 3113544537**

Aspirante o Trabajador

**JOSE WILLIAM TABA OSORIO**
**CC - 10269589**

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° 63,832

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 28 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 | |
|---|---|---|---|---|
| TUBERQUIA MANCO KEVIN ALEXIS | MASCULINO | 20 AÑOS 9 MESES 8 DÍAS | CC (Tipo) | 1039285414 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| COOSALUD | PORVENIR | SURA |

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 | ✓ | EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | SVE VISUAL | HACER DEPORTE |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTIVOS |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

LAS CONDICINES DE SALUD ACTUALES, EN FUNCION DE LAS TAREAS A DESARROLLAR, SON ACORDES A LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO, NO SE IDENTIFICA CONDICION QUE PUEDA PONER EN RIESGO SU INTEGRIDAD O LA DE TERCEROS, DEBE CUMPLIR CON LOS CRITERIOS DE RESPONSABILIDAD, HABILIDAD, COMPETENCIAS TECNICAS, PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL QUE ASPIRA, 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:**

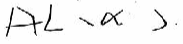
**Nombre:** CC: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO

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

**Código de Seguridad**

A1412G1M63832

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** TUBERQUIA MANCO KEVIN ALEXIS

**CC:** 1039285414

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° 64,715

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 21 DÍA | 03 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 | |
|---|---|---|---|---|
| VELASQUEZ ALEGRIA KEVIN ALEXIS | MASCULINO | 21 AÑOS 0 MESES 24 DÍAS | CC (Tipo) | 1034918018 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SURA | NO TIENE | SURA |

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 |
|---|---|---|
| VALORACIÓN POR EPS : FONOAUDIOLOGIA | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | SVE AUDITIVO | |
| | 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 QUE NO LE GENERA RESTRICCION LABORAL POR EL MOMENTO, POR ESTE MOTIVO DEBE CONSULTAR CON FONOAUDIOLOGIA E INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA, DICHO HALLAZGO PUEDE GENERAR UN MAYOR RIESGO DE ACCIDENTALIDAD Y PONER EN RIESGO SU INTEGRIDAD O LA DE TERCEROS, 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 | Aspirante o Trabajador |
|---|---|
| Firma:  | Firma:  |
| Nombre: CC: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO | Nombre: VELASQUEZ ALEGRIA KEVIN ALEXIS |
| R. M.: 05200803 L.S.O.: 104471 | CC: 1034918018 |

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° 64,801**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 25 DÍA | 03 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 | |
|---|---|---|---|---|
| ARIAS VASQUEZ SEBASTIAN | MASCULINO | 33 AÑOS 3 MESES 19 DÍAS | CC (Tipo) | 1152443897 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SURA | PROTECCION | NO REFIERE |

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 | ✓ | EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

LAS CONDICINES DE SALUD ACTUALES, EN FUNCION DE LAS TAREAS A DESARROLLAR, SON ACORDES A LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO, NO SE IDENTIFICA CONDICION QUE PUEDA PONER EN RIESGO SU INTEGRIDAD O LA DE TERCEROS, DEBE CUMPLIR CON LOS CRITERIOS DE RESPONSABILIDAD, HABILIDAD, COMPETENCIAS TECNICAS, PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL QUE ASPIRA, 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**

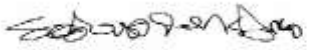


**Firma:**

**Nombre:** CC: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO

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

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** ARIAS VASQUEZ SEBASTIAN

**CC:** 1152443897

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° 64,550**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 17 DÍA | 03 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 | |
|---|---|---|---|---|
| JIMENEZ ARBOLEDA DUBAN ALEXIS | MASCULINO | 30 AÑOS 0 MESES 21 DÍAS | CC (Tipo) | 1000653612 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SALUD TOTAL | PORVENIR | SURA |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL NORMAL.**

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:**

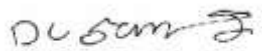
| | | | |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRÍA | ✓ | EVALUACIÓN MÉDICO PSICOFÍSICO | ✓ |
| VISIOMETRÍA | ✓ | EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |
| | | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

LAS CONDICIONES DE SALUD ACTUALES, EN FUNCION DE LAS TAREAS A DESARROLLAR, SON ACORDES A LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO, NO SE IDENTIFICA CONDICION QUE PUEDA PONER EN RIESGO SU INTEGRIDAD O LA DE TERCEROS, DEBE CUMPLIR CON LOS CRITERIOS DE RESPONSABILIDAD, HABILIDAD, COMPETENCIAS TECNICAS, PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL QUE ASPIRA, 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 | Aspirante o Trabajador |
|---|---|
| **Firma:**  | **Firma:**  |
| **Nombre:** CC: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO | **Nombre:** JIMENEZ ARBOLEDA DUBAN ALEXIS |
| **R. M.:** 05200803 **L.S.O.:** 104471 | **CC:** 1000653612 |

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° 64,826

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 26 DÍA | 03 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 | |
|---|---|---|---|---|
| CANO BEDOYA WILSON IGNACIO | MASCULINO | 39 AÑOS 4 MESES 10 DÍAS | CC (Tipo) | 1128464562 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SURA | COLFONDOS | SURA |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL NORMAL.**

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 | ✓ | EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |
| | | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

LAS CONDICIONES DE SALUD ACTUALES, EN FUNCION DE LAS TAREAS A DESARROLLAR, SON ACORDES A LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO, NO SE IDENTIFICA CONDICION QUE PUEDA PONER EN RIESGO SU INTEGRIDAD O LA DE TERCEROS, DEBE CUMPLIR CON LOS CRITERIOS DE RESPONSABILIDAD, HABILIDAD, COMPETENCIAS TECNICAS, PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL QUE ASPIRA, 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

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** CANO BEDOYA WILSON IGNACIO

**CC:** 1128464562

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° 64,442

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 13 DÍA | 03 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 | |
|---|---|---|---|---|
| SANTANA IBARGUEN JHOJAN ESNEIDER | MASCULINO | 19 AÑOS 6 MESES 24 DÍAS | CC (Tipo) | 1027956156 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SURA | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

| 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 |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

LAS CONDICINES DE SALUD ACTUALES, EN FUNCION DE LAS TAREAS A DESARROLLAR, SON ACORDES A LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO, NO SE IDENTIFICA CONDICION QUE PUEDA PONER EN RIESGO SU INTEGRIDAD O LA DE TERCEROS, DEBE CUMPLIR CON LOS CRITERIOS DE RESPONSABILIDAD, HABILIDAD, COMPETENCIAS TECNICAS, PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL QUE ASPIRA, 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

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** SANTANA IBARGUEN JHOJAN ESNEIDER

**CC:** 1027956156

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° 64,317

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 11 DÍA | 03 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 | |
|---|---|---|---|---|
| MEJIA MORA JHONATAN SMITH | MASCULINO | 38 AÑOS 2 MESES 17 DÍAS | CC (Tipo) | 1037750355 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NUEVA EPS | COLPENSIONES | SURA |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **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 |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

LAS CONDICINES DE SALUD ACTUALES, EN FUNCION DE LAS TAREAS A DESARROLLAR, SON ACORDES A LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO, NO SE IDENTIFICA CONDICION QUE PUEDA PONER EN RIESGO SU INTEGRIDAD O LA DE TERCEROS, DEBE CUMPLIR CON LOS CRITERIOS DE RESPONSABILIDAD, HABILIDAD, COMPETENCIAS TECNICAS, PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL QUE ASPIRA, 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**

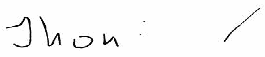


**Firma:**

**Nombre:** CC: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO

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

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** MEJIA MORA JHONATAN SMITH

**CC:** 1037750355

# Exámenes de ingreso
# Construcciones y Demoliciones

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



900410026-5

## TRABAJO EN ALTURAS Y ENFASIS OSTEOMUSCULAR

**Certificado de aptitud: 98510172-247152**

## INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 7/5/2025 - MEDELLIN | **Tipo de Examen:** | INGRESO |
| **Paciente:** | HILDEBRANDO MONTOYA HERNANDEZ | **Identificación:** | 98510172 |
| **Fecha Nacimiento:** | 26/7/1972 **Sexo:** MASCULINO **Edad:** 52 | **Teléfono:** | **Móvil:** 3011474405 |
| **Estado Civil:** | UNIÓN LIBRE | **Cargo:** | OPERADOR DE EXCAVADORA |
| **Dirección:** | CR 131 # 50 - 51 | **EPS:** | SALUD TOTAL S.A. EPS ARS |
| **Empresa:** | CONSTRUCCIONES Y DEMOLICIONES | **Escolaridad:** | PRIMARIA |
| | | **Sexo:** | MASCULINO **Edad:** 52 |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|---|---|
| **VISIOMETRIA TAMIZ** | SU CAPACIDAD VISUAL ES ADECUADA PARA LA OCUPACIÓN, CONTROL ANUAL. |
| **ELECTROCARDIOGRAMA** | REALIZADO |
| **PRUEBA PSICOSENSOMETRICA** | APTO PARA DESEMPEÑAR LABORES DE CONDUCCION. CONTROL ANUAL |
| **AUDIOMETRIA** | SU CAPACIDAD AUDITIVA PRESENTA ALTERACIÓN. REQUIERE VALORACIÓN POR OTORRINOLARINGOLOGÍA |
| **ESPIROMETRIA** | SU CAPACIDAD RESPIRATORIA PRESENTA ALTERACION |
| **MEDICINA LABORAL** | CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES. MANTENER LAS ACTIVIDADES PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACION. REALIZAR ENTRENAMIENTOS CONTINUOS SOBRE LA MECANICA CORPORAL ADECUADA PARA MOVILIZAR CARGAS. PRACTICAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS ACORDES CON SU ESTADO FISICO Y CONDICION DE SALUD. REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIODICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL PROGRAMA DE LA EMPRESA. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE LA DOTACION. VERIFICAR DE MANERA CONTINUA EN EL DESARROLLO DE SU TRABAJO QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN LAS CAPACIDADES FISICAS DEL TRABAJADOR. UTILIZAR UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y MECANICA CORPORAL PARA LA MOVILIZACION DE CARGAS Y PARA REALIZAR LAS DEMAS TAREAS DE SU OCUPACION, PRESENTA ALTERACION DE COLESTROL TOTAL PRO LO QUE REQUEIRE SER EVALUADO POR NUYTRICIONISTA Y MEDICO GENERAL DE SU EPS. **** PACIENTE SE RESTRINGE PARA EXPOSICION A RUIDO QUE SUPERE INTENSIDAD DE 80 DB, REQUIERE SER EVALUADO POR OTORRINOLARINGLOGIA DE SU EPS |
| **GLICEMIA** | NORMAL |
| **PRUEBA MARIHUANA COCAINA** | NEGATIVO |
| **PERFIL LIPIDICO** | ALTERADO |
| **ENFASIS TRABAJO EN ALTURAS (TEST DE ALTURAS)** | COORDINACION FAVORABLE PARA TRABAJO EN ALTURAS |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**APTO CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO**
**NO APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS**

Observaciones:

**Nota Aclaratoria**

**De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por teceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En nungún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.**

## RECOMENDACIONES DEL CARGO

- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
- Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
- Utilizar la protección auditiva definida por la empresa en ambientes ruidosos tanto laborales como extralaborales.
- Capacitación y entrenamiento en el adecuado uso de los protectores auditivos.
- Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
- Realizar seguimiento biologico segun el profesiograma de la empresa.
- Capacitación y entrenamiento en el adecuado uso de la protección respiratoria, en caso de requerirse.
- Si existe exposición ocupacional a productos químicos, se deberán implementar las acciones del Sistema de Seguimiento del riesgo químico, de acuerdo al nivel de riesgo.
- En caso de tener que laborar expuesto a productos químicos, se debe realizar la capacitación necesaria de acuerdo al producto químico y las condiciones de exposición.
- En caso de tener algún tipo de contacto con productos químicos, se debe limitar al mínimo necesario los tiempos de exposición y utilizar la protección específica recomendada.
- Evitar comer o fumar con guantes utilizados para manipular productos químicos o en los ambientes de trabajo.
- Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
- Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos en alturas y/o espacios confinados segun matriz de riesgos de la empresa.
- Verificar de manera continua en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.
- Continuar con las actividades definidas por la empresa para la prevención del riesgo psicosocial.

ENFASIS EN EL EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: El exámen estático y dinámico de la columna vertebral y el exámen osteomuscular a nivel de los diferentes segmentos corporales es normal. No se evidencian atrofias, ni limitaciones de la movilidad, no hay dolor, ni el trabajador refiere sintomatología sobre manguito rotador, tendinitis del codo, síndrome del túnel del carpo, enfermedad de Quervain u otras patologías de los miembros inferiores. Se deben implementar todas las medidas de prevención y protección requeridas para prevenir patologías osteomusculares y accidentes de trabajo.
CONSIDERACIONES JURIDICAS RELATIVAS A LOS EXAMENES OCUPACIONALES: Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.
EL TRABAJADOR CERTIFICA QUE NO HA OMITIDO INFORMACION ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO POR ESTA RAZON FIRMA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO"

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| FISICAS | RUIDO QUE SUPERE 80 DB, VALORACION OTORRINO PARA DETERMINAR APTITUD. 1 MES | Temporal |

## Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

| | | |
|---|---|---|
| CONSERVACION AUDITIVA (PRESENTA HALLAZGOS EN LA AUDIOMETRIA) | Se recomienda a la empresa seguir las recomendaciones emitidas en la GATISST - HNIR relacionadas con factores de riesgo en el trabajo, solo en el caso que el paciente vaya a estar expuesto a estas condiciones según la matriz de riesgo de la empresa. | PPYP |

## Información de Remisiones

| | |
|---|---|
| OTORRINOLARINGOLOGIA | - EVALUACION Y MANEJO. SEGUIR LAS RECOMENDACIONES DEL PROFESIONAL. |
| NUTRICION | - EVALUACION Y MANEJO. SEGUIR LAS RECOMENDACIONES DEL PROFESIONAL. |
| MÉDICINA GENERAL EPS | -- EVALUACION Y MANEJO. SEGUIR LAS RECOMENDACIONES DEL PROFESIONAL. |



JUAN DAVID
ARISTIZABAL ECHEVERRI
RM: 5-2168-02

Médico Especialisa en Salud Laboral
JUAN DAVID ARISTIZABAL ECHEVERRI
2024060017262 05-2168-02





Firma y cédula del Paciente
HILDEBRANDO MONTOYA HERNANDEZ
98510172