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° 64,941

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 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	
GOMEZ CANO EBEN DARIO	MASCULINO	43 AÑOS 4 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	8102843 (Número)

Cargo

AYUDANTE

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	PROTECCIÓN	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
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

LAS CONDICIONES ACTUALES FISICAS Y MENTALES, 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, 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:** GOMEZ CANO EBEN DARIO
R. M.: 05200803 **L.S.O.:** 104471	**CC:** 8102843

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° 64,940

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 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	
MUÑOZ OSPINA HECTOR MARIO	MASCULINO	25 AÑOS 11 MESES 3 DÍAS	CC (Tipo)	1000408790 (Número)

Cargo

AYUDANTE

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	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

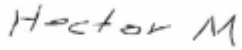


Firma:

Nombre: CC: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO

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

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MUÑOZ OSPINA HECTOR MARIO

CC: 1000408790

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° 64,936

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 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	
PALACIOS ANDRADES MANUEL ANTERO	MASCULINO	58 AÑOS 6 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	11801602 (Número)

Cargo

ENCARGADO

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	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
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

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 OPTOMETRIA E INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA VISUAL, 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.
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:** PALACIOS ANDRADES MANUEL ANTERO
R. M.: 05200803 **L.S.O.:** 104471	**CC:** 11801602

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° 64,942

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 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	
PALACIOS MOSQUERA YEIDER	MASCULINO	33 AÑOS 4 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	1077455968 (Número)

Cargo

OFICIAL

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, CON ENFASIS EN TAREAS CRITICAS, SE DAN RECOMENDACIONES, SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL CUAL ASPIRA.

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	SVE OSTEOMUSCULAR	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	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, PRESENTA UNA ALTERACIÓN EN UNO DE LOS SEGMENTOS OSTEOMUSCULARES LA CUAL PUEDE CAUSAR ACTOS INSEGUROS Y GENERAR UN MAYOR RIESGO DE ACCIDENTALIDAD QUE LOS DEMÁS. 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:** PALACIOS MOSQUERA YEIDER
R. M.: 05200803 **L.S.O.:** 104471	**CC:** 1077455968

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° 65,060

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	04 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 BERRIO SEBASTIAN	MASCULINO	26 AÑOS 11 MESES 26 DÍAS	CC (Tipo)	1035236454 (Número)

Cargo

AYUDANTE

EPS	AFP	ARL
SURA	NO REFIERE	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
	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

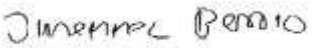


Firma:

Nombre: CC: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO

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

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: JIMENEZ BERRIO SEBASTIAN

CC: 1035236454

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° 65,292

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	04 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	
RIOS CANO JUAN GUILLERMO	MASCULINO	59 AÑOS 2 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	8472353 (Número)

Cargo

OFICIAL

EPS	AFP	ARL
SAVIA SALUD	COLPENSIONES	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

VALORACION MEDICA

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	✓

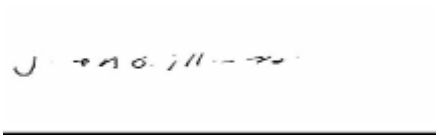
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SUS CONDICINES DE SALUD ACTUALES, EN FUNCION DE LAS ACTIVIDADES CLASE DE RIESGO IV Y V A LAS CUALES SE EXPONDRA, ESTAN DENTRO DEL RANGO DE 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 SUS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, POR ESTE MOTIVO DEBE CONSULTAR CON FONOAUDIOLOGIA Y OPTOMETRIA, REQUIERE LABORAR CON LENTES CORRECTIVOS DE MANERA PERMANENTE, ES RESPONSABILIDAD DE LA EMPRESA HACER CUMPLIR ESTA CONDICION, DEBE INGRESAR AL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA Y VISUAL PRESENTA UNA PERDIDA AUDITIVA DICHA CONDICION, PUEDE GENERAR UN MAYOR RIESGO DE ACCIDENTALIDAD, DEBE TOMAR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA GARANTIZAR SU SALUD Y SEGURIDAD. NO EXCEDER EL LIMITE DE SUS CAPACIDADES. ADEMAS DEBE SER EVALUADO POR NUTRICION E INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE RIESGO CARDIOVASCULAR YA QUE EXISTE EL RIESGO DE PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES, DE COLUMNA, RODILLAS Y DEL METABOLISMO DE LAS GRASAS, AZÚCARES, PUEDE PRESENTAR UN MAYOR INDICE DE ACCIDENTES LABORALES QUE LOS DEMAS.DEBE CUMPLIR CON LOS CRITERIOS DE RESPONSABILIDAD, HABILIDAD COMPETENCIAS TECNICAS, PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, DEBE TOMAR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA GARANTIZAR SU SALUD Y SEGURIDAD. NO EXCEDER EL LIMITE DE SUS CAPACIDADES.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han

sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma: 	**Firma:** 
Nombre: CC: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO	**Nombre:** RIOS CANO JUAN GUILLERMO
R. M.: 05200803 **L.S.O.:** 104471	**CC:** 8472353

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° 65,456

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	04 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 RAGAS JOSE ALEXANDER	MASCULINO	25 AÑOS 2 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	1000639464 (Número)

Cargo

AYUDANTE

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	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: .

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
AUDIOMETRIA DE CONTROL EN SU EPS	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE AUDITIVO	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	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

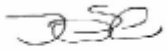


Firma:

Nombre: CC: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO

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

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MOSQUERA RAGAS JOSE ALEXANDER

CC: 1000639464

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° 65,634

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	04 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 MURILLO YEIMAR	MASCULINO	23 AÑOS 1 MESES 0 DÍAS	CC (Tipo)	1025887347 (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:

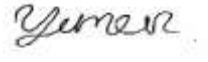
EVALUACIÓN MÉDICO PSICOFÍSICO ✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	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	Aspirante o Trabajador
Firma: 	Firma: 
Nombre: CC: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO	Nombre: MOSQUERA MURILLO YEIMAR
R. M.: 05200803 L.S.O.: 104471	CC: 1025887347

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° 65,841

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	04 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	
CARDONA AGUIRRE JHONER	MASCULINO	24 AÑOS 4 MESES 22 DÍAS	CC (Tipo)	1000305552 (Número)

Cargo

AYUDANTE

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	NO TIENE	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:

EVALUACIÓN MÉDICO PSICOFÍSICO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	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

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CARDONA AGUIRRE JHONER

CC: 1000305552

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° 65,732

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	04 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	
GONZALEZ ALCARAZ FABIO NELSON	MASCULINO	36 AÑOS 1 MESES 15 DÍAS	CC (Tipo)	1039453952 (Número)

Cargo

OFICIAL

EPS	AFP	ARL
SAVIA SALUD	PORVENIR	NO REFIERE

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:

EVALUACIÓN MÉDICO PSICOFÍSICO ✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	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

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: GONZALEZ ALCARAZ FABIO NELSON

CC: 1039453952

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: Cel: 3113544537
MANIZALES

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL



FECHA: **DIA:** 22 **MES:** 07 **AÑO:** 2025

I - DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE DE LA EMPRESA: SALAZAR ESTRADA INGENIEROS SAS
NOMBRE Y APELLIDOS: JOSE JULIAN CARDONA OCAMPO
IDENTIFICACION: CC - 75078907
CARGO: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

PERIODICO

III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS
EXAMEN PERIODICO NORMAL
OBSERVACIONES: .

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
INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- RIESGO ERGONOMICO

OBSERVACIONES: SE REALIZA EXAMEN MEDICO LABORAL PERIODICO CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR + TAMIZAJE VISUAL, SIN ENCONTRARSE AL MOMENTO DE LA EVALUACION PATOLOGIAS RELACIONADAS CON SU ACTIVIDAD LABORAL O QUE LE IMPIDAN CONTINUAR CON LA LABOR PARA LA CUAL FUE CONTRATADO POR LO CUAL SE CONSIDERA QUE PUEDE CONTINUAR CON SU ACTIVIDAD LABORAL HABITUAL SIN RESTRICCIONES.
APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS

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 .

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y exámenes complementarios. Dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del Examen Medico Ocupacional y/o exámenes complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información suministrada es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que se le de a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de Salud Ocupacional.

OSCAR ALBERTO BARRETO LEON
Md. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Cel: 3113544537 - MANIALES

Aspirante o Trabajador

JOSE JULIAN CARDONA OCAMPO
CC - 75078907

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:** 10 **MES:** 07 **AÑO:** 2024

I - DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE DE LA EMPRESA: SYSCON LIMITADA
NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE RICAURTE DUQUE MORENO
IDENTIFICACION: CC - 10126477
FECHA DE NACIMIENTO: 1967-11-01
ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE
DIRECCION: CRA. 11 C NO. 45 E-16
ESCOLARIDAD: EDUCACION SECUNDARIA
CARGO ACTUAL: MAESTRO DE OBRA
FACTORES RIESGO: ERGONOMICO, FISICO, MECANICO
SEXO: M
EDAD: 56 Años 8 Meses 9 Dias
TELEFONO: 3113180518 -
PROFESION: BACHILLER INCOMPLETO
FECHA INGRESO: 2024-07-15
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS - ARS **PENSION:** COLPENSIONES **ARP:** SURAMERICANA - ARP

II - TIPO DE EVALUACION MEDICA

INGRESO

III - DECLARACION MEDICA DEL EXAMINADOR

APTO SIN RESTRICCIONES
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS
OBSERVACIONES: .

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: 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.
APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS
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.

A LA FECHA CUENTA CON LA APLICACIÓN DE 3 DOSIS DE BIOLOGICO PARA COVID 19

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 RICAURTE DUQUE MORENO
CC - 10126477

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° 64,933

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 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	
GIL ZUÑIGA ANGEL DAVID	MASCULINO	39 AÑOS 10 MESES 25 DÍAS	CC (Tipo)	1076320654 (Número)

Cargo

AYUDANTE

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	COLFONDOS	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
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

LAS CONDICIONES ACTUALES FISICAS Y MENTALES, 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, DEBE TOMAR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA GARANTIZAR SU SALUD Y SEGURIDAD. NO EXCEDER EL LIMITE DE SUS CAPACIDADES.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO

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

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GIL ZUÑIGA ANGEL DAVID

CC: 1076320654

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° 64,934

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 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	
GIL MILTON ANDRES	MASCULINO	47 AÑOS 2 MESES 29 DÍAS	CC (Tipo)	71382680 (Número)

Cargo

AYUDANTE

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	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
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE OSTEOMUSCULAR	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		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, PRESENTA UNA ALTERACIÓN EN UNO DE LOS SEGMENTOS OSTEOMUSCULARES LA CUAL PUEDE CAUSAR ACTOS INSEGUROS Y GENERAR UN MAYOR RIESGO DE ACCIDENTALIDAD QUE LOS DEMÁS, 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: GIL MILTON ANDRES

CC: 71382680

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:

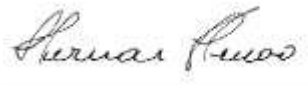
AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICO PSICOFÍSICO	✓
VISIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓

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

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° 65,059

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	04 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	
SANCHEZ RIOS DUVAN ESTEBAN	MASCULINO	33 AÑOS 2 MESES 28 DÍAS	CC (Tipo)	1017210126 (Número)

Cargo

AYUDANTE

EPS	AFP	ARL
SURA	PROTECCIÓN	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
	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: SANCHEZ RIOS DUVAN ESTEBAN

CC: 1017210126

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° 65,684

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	04 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	
CARREÑO SERNA ALEJANDRO	MASCULINO	26 AÑOS 4 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	1143470258 (Número)

Cargo

AYUDANTE

EPS	AFP	ARL
SURA	COLPESIONES	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 MÉDICO PSICOFÍSICO ✓	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: CARREÑO SERNA ALEJANDRO

CC: 1143470258

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° 64,945

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 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	
CAICEDO FUENTES JHON JAMES	MASCULINO	33 AÑOS 5 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	1028009851 (Número)

Cargo

OFICIAL

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	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:

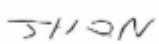
AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICO PSICOFÍSICO	✓
VISIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

LAS CONDICIONES ACTUALES FISICAS Y MENTALES, 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, 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: CAICEDO FUENTES JHON JAMES
R. M.: 05200803 L.S.O.: 104471	CC: 1028009851

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° 65,038

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	04 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	
MENDOZA ESCALONA YONAIKER JESUS	MASCULINO	24 AÑOS 3 MESES 3 DÍAS	PPT (Tipo)	30272929 (Número)

Cargo

AYUDANTE

EPS	AFP	ARL
NO TIENE	NO TIENE	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
	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: MENDOZA ESCALONA YONAIKER JESUS

PPT: 30272929

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° 65,608

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	04 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	
BEDOYA NARVAEZ CESAR LUIS	MASCULINO	23 AÑOS 2 MESES 29 DÍAS	CC (Tipo)	1007898797 (Número)

Cargo

AYUDANTE

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	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:

EVALUACIÓN MÉDICO PSICOFÍSICO ✓	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: BEDOYA NARVAEZ CESAR LUIS

CC: 1007898797

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° 65,837

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	04 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	
MENDOZA PATIÑO JOHAN STIVEN	MASCULINO	35 AÑOS 1 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	1017189033 (Número)

Cargo

OFICIAL

EPS	AFP	ARL
SURA	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:

EVALUACIÓN MÉDICO PSICOFÍSICO ✓	----------

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

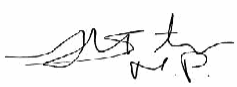


Firma:

Nombre: CC: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO

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

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MENDOZA PATIÑO JOHAN STIVEN

1017189033

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° 64,948

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 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	
CUESTA BERMUDEZ YARLEISON	MASCULINO	31 AÑOS 5 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	1077428826 (Número)

Cargo

AYUDANTE

EPS	AFP	ARL
CONFAMA	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:

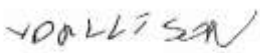
AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN MÉDICO PSICOFÍSICO	✓
VISIOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓

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	

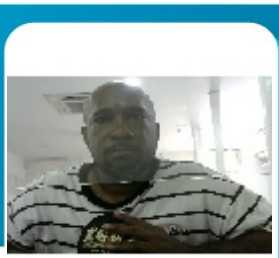
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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	Aspirante o Trabajador
Firma: 	Firma: 
Nombre: CC: 71734100 - HUGO ALEXANDER OCAMPO	Nombre: CUESTA BERMUDEZ YARLEISON
R. M.: 05200803 L.S.O.: 104471	CC: 1077428826

Examenes de ingreso Fajardo Ingenieria y Construcción SAS



Certificado Médico Laboral

SERVICIOS MÉDICOS SAN IGNACIO

SERVICIOS MÉDICOS SAN IGNACIO S.A.S. - NIT: 890933726-1

Fecha Cierre: 22/11/2025

Certificado de aptitud: 11902045-1960117

TRABAJO EN ALTURAS

Información de la Empresa

Empresa: FAJARDO INGENIERÍA EN DESARROLLO S.A.S.
Actividad Económica: 4290 - CONSTRUCCIóN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERíA CIVIL.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: FAJARDO INGENIERÍA EN DESARROLLO S.A.S.

Información del Paciente

Fecha y Lugar:	22 nov. 2025 - MEDELLIN - ANTIOQUIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	ARNULFO JIMENEZ RIVAS	**Identificación:**	11902045
Género	MASCULINO **Edad:** 45	**Teléfono**	**Móvil:** 3044742756
Fecha Nacimiento:	22/05/1980	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**ARL:**	COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A.
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Dirección	CRA 64 N117 136	**Cargo:**	AYUDANTE DE PERFORACION E INYECCION
Peso: 79 Talla: 164 IMC: 29.37		**Área: OPERATIVA**	

Exámenes Diagnósticos Realizados

AUDIOMETRIA TAMIZ	NORMAL	PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	ANORMAL NO CORREGIDO	
MEDICINA OCUPACIONAL		DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.. DEBE LABORAR CON LENTES DE CORRECCION VISUAL APROPIADOS. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A LOS RIESGOS DE SU OFICIO. MANTENER UNA ADECUADA HIGIENE POSTURAL
COLESTEROL TOTAL	NORMAL	
TRIGLICERIDOS	NORMAL	
GLUCOSA EN SUERO	NORMAL	
ANEXO ALTURAS	PUEDE TRABAJAR EN ALTURAS	
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL	

Concepto Laboral

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO
PUEDE DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS.

Observaciones:

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: DEBE RECIBIR CAPACITACION, ENTRENAMIENTO Y CERTIFICACION.
SI LABORA A LA INTEMPERIE (EXPUESTO AL SOL), UTILIZAR: MONOGAFAS CON FILTRO UV, BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA ANTES DE COMENZAR A LABORAR.
ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD.
CAPACITAR SOBRE EL SISTEMA DE SEGURIDAD DE EMERGENCIA
EN CASO DE HABER INGERIDO LICOR, MEDICAMENTOS QUE OCASIONEN SOMNOLENCIA O SUSTANCIAS ALUCINOGENAS, SE DEBE EVITAR LABORAR EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS.
CUMPLE CON LOS REQUISITOS CLINICOS Y PARACLINICOS CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION 4272 DE 2021.'

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	SVE

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA	VALORACION PARA CORRECCION OPTICA
NUTRICION	VALORACION DEL PESO--

Consideraciones Jurídicas

'CONSIDERACIONES JURÍDICAS
Las resoluciones 2346 de 11 de julio de 2007 y la 1918 de junio de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen que reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objetivo 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 del aspirante. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO del paciente. 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 Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hace parte integral de su historial médico.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes están completas y son verídicas; autorizo a la IPS SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO para que emita un certificado de aptitud con unas recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para el programas de seguridad y salud en el trabajo y se recomienda realizar exámenes ocupacionales acorde a la matriz de peligros y profesiograma.
'

MEDICO OCUPACIONAL
EDWIN ALBERTO CALLE VILLA
CÉDULA DE CIUDADANÍA: 98500049
REG-5-08-05 - LIC. 2022060335153

Firma y cédula del Paciente
ARNULFO JIMENEZ RIVAS
Identificación: 11902045



Certificado Médico Laboral

SERVICIOS MÉDICOS SAN IGNACIO

SERVICIOS MÉDICOS SAN IGNACIO S.A.S. - NIT: 890933726-1

Fecha Cierre: 2/10/2025

Certificado de aptitud: 7385198-1925514

TRABAJO EN ALTURAS

Información de la Empresa

Empresa: FAJARDO INGENIERÍA EN DESARROLLO S.A.S.
Actividad Económica: 4290 - CONSTRUCCIóN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERíA CIVIL.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:

Información del Paciente

Fecha y Lugar:	02 oct. 2025 - MEDELLIN - ANTIOQUIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	DAIRO NEL FLOREZ PEÑATA	**Identificación:**	7385198
Género	MASCULINO **Edad:** 42	**Teléfono**	**Móvil:** 3016837089
Fecha Nacimiento:	2/05/1983	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**ARL:**	COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A.
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Dirección	CLL 30D N 40A 06 LA GABRIELA	**Cargo:**	AYUDANTE DE PERFORACION E INYECCION
Peso: 85 Talla: 168 IMC: 30.12		**AREA: OPERATIVA**	

Exámenes Diagnósticos Realizados

AUDIOMETRIA TAMIZ	ANORMAL OIDO IZQ, COMPROMISO MIXTO LEVE QUE AFECTA CONVERSACIONALES	PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, VALORACIÓN POR EPS (ORL) Y REALIZAR EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VISIOMETRIA	ANORMAL CORREGIDO	
MEDICINA OCUPACIONAL		EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA,, DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS.. DEBE LABORAR CON LENTES DE CORRECCION VISUAL APROPIADOS. USO DE PROTECCION AUDITIVA DOBLE (COPA Y DE INSERCION)
COLESTEROL TOTAL	NORMAL	
TRIGLICERIDOS	ANORMAL	
GLUCOSA EN SUERO	NORMAL	
ANEXO ALTURAS	PUEDE TRABAJAR EN ALTURAS	
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL	

Concepto Laboral

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO
PUEDE DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS.

Observaciones:

'RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: DEBE RECIBIR CAPACITACION, ENTRENAMIENTO Y CERTIFICACION.
SI LABORA A LA INTEMPERIE (EXPUESTO AL SOL), UTILIZAR: MONOGAFAS CON FILTRO UV, BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA ANTES DE COMENZAR A LABORAR.
ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD.
CAPACITAR SOBRE EL SISTEMA DE SEGURIDAD DE EMERGENCIA
EN CASO DE HABER INGERIDO LICOR, MEDICAMENTOS QUE OCASIONEN SOMNOLENCIA O SUSTANCIAS ALUCINOGENAS, SE DEBE EVITAR LABORAR EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS.
CUMPLE CON LOS REQUISITOS CLINICOS Y PARACLINICOS CON LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION 4272 DE 2021.'

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	SVE

Información de Remisiones

Sede Centro
Cra 44 N° 48 – 51
Plazuela San Ignacio
Medellín

Sede Poblado
Cra 48 B N° 16 Sur – 38
Sector Aguacatala
Medellín

(604) 216 1144

www.smsi.com.co
smsi@une.net.co

Medellín, Colombia

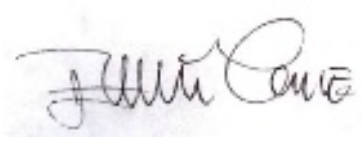
OTORRINOLARINGOLOGIA	PARA VALORACION Y MANEJO, LLEVAR AUDIOMETRIA--
NUTRICION	VALORACION DEL PESO-- LLEVAR RESULTADOS DE LABORATORIO

Consideraciones Jurídicas

'CONSIDERACIONES JURÍDICAS
Las resoluciones 2346 de 11 de julio de 2007 y la 1918 de junio de 2009, la resolución 839 de 2017 y decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen que reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objetivo 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 del aspirante. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO del paciente. 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 Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hace parte integral de su historial médico.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes están completas y son verídicas; autorizo a la IPS SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO para que emita un certificado de aptitud con unas recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para el programas de seguridad y salud en el trabajo y se recomienda realizar exámenes ocupacionales acorde a la matriz de peligros y profesiograma.
'



MEDICO OCUPACIONAL
EDWIN ALBERTO CALLE VILLA
CÉDULA DE CIUDADANÍA: 98500049
REG-5-08-05 - LIC. 2022060335153



Firma y cédula del Paciente
DAIRO NEL FLOREZ PEÑATA
Identificación: 7385198



Certificado Médico Laboral

SERVICIOS MÉDICOS SAN IGNACIO

SERVICIOS MÉDICOS SAN IGNACIO S.A.S. - NIT: 890933726-1

Fecha Cierre: 17/03/2026 1:25:13 p. m.

Certificado de aptitud: 1001599626-2042492

TRABAJO EN ALTURAS

Información de la Empresa

Empresa: FAJARDO INGENIERÍA EN DESARROLLO S.A.S.
Actividad Económica: 4290 - CONSTRUCCIóN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERíA CIVIL.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: FAJARDO INGENIERÍA EN DESARROLLO S.A.S. -

Información del Paciente

Fecha y Lugar:	17 mar. 2026 - MEDELLIN - ANTIOQUIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO - PRE INGRESO
Paciente:	JAIRO RODRIGUEZ ARAUJO	**Identificación:**	1001599626
Género	MASCULINO **Edad:** 22	**Teléfono**	3175521566 **Móvil:** 3175521566
Fecha Nacimiento:	11/08/2003	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Dirección	BR LA GABRIELA	**Cargo:**	AYUDANTE DE PERFORACION E INYECCION
Peso: 65 Talla: 170 IMC: 22.49		**Área: OPERATIVA**	

Exámenes Diagnósticos Realizados

AUDIOMETRIA TAMIZ	NORMAL	1. CONTROL PERIÓDICO, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	NORMAL	
MEDICINA OCUPACIONAL		ACTIVIDAD FISICA, MINIMO 30 MINUTOS MINIMO 4 VECES POR SEMANA. PAUSAS ACTIVAS EN EL PUESTO DE TRABAJO PARA PREVENIR LESIONES OSTEOMUSCULARES Y MEJORAR EL DESEMPEÑO. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A LOS RIESGOS DE SU OFICIO
COLESTEROL TOTAL	NORMAL	
TRIGLICERIDOS	NORMAL	
GLUCOSA EN SUERO	NORMAL	
ANEXO ALTURAS	PUEDE LABORAR EN ALTURAS	
EVALUACION OSTEOMUSCULAR	NORMAL	

Concepto Laboral

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO
PUEDE DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS.

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA	SVE

Información de Remisiones

NO

Sede Centro
Cra 44 N° 48 – 51
Plazuela San Ignacio
Medellín

Sede Poblado
Cra 48 B N° 16 Sur – 38
Sector Aguacatala
Medellín

(604) 216 1144

www.smsi.com.co
smsi@une.net.co

Medellín, Colombia

Consideraciones Jurídicas

'CONSIDERACIONES JURÍDICAS

Las evaluaciones médicas ocupacionales y la emisión del concepto de aptitud se realizan en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007, la Resolución 1918 de 2009, la Resolución 839 de 2017, el Decreto 1072 de 2015 (Artículo 2.2.4.6.13, numerales 1 y 2), la Resolución 0312 de 2019, la Resolución 1843 de 2025, la Ley Estatutaria 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y demás normas que las modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen.

El objetivo de estas evaluaciones es determinar la aptitud del aspirante o trabajador para el cargo a desempeñar, de acuerdo con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo, así como identificar posibles restricciones, recomendaciones u observaciones médicas ocupacionales, con fines exclusivos de prevención, promoción de la salud y control de riesgos laborales dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

De conformidad con la normatividad vigente, el empleador únicamente tiene acceso al certificado médico ocupacional, el cual contiene de manera general el concepto de aptitud y las recomendaciones pertinentes. La historia clínica ocupacional y sus soportes completos se encuentran bajo la guarda y custodia de la IPS, y solo podrán ser entregados al trabajador, a las autoridades competentes o a las entidades legalmente autorizadas, conforme a lo establecido en la ley.

El trabajador ha sido debidamente informado sobre la naturaleza, alcance, finalidad, beneficios y posibles limitaciones de las evaluaciones médicas practicadas, y manifiesta que la información suministrada es veraz, completa y otorgada de manera libre y voluntaria, autorizando a la IPS para emitir el correspondiente certificado de aptitud y para el tratamiento de sus datos personales y datos sensibles en los términos de la Ley 1581 de 2012 y normas concordantes.

La entrega de los resultados y valoraciones complementarias al trabajador se realiza en cumplimiento de la Resolución 1843 de 2025, garantizando la confidencialidad de la información y su uso exclusivo para fines de salud ocupacional, vigilancia epidemiológica y cumplimiento legal del SG-SST.

'



MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL
SNEIDERT IGNACIO BLANDON MOLINA
CÉDULA DE CIUDADANÍA: 1036612284
REG. 2017-20389 - LIC.2022060371589



Firma y cédula del Paciente
JAIRO RODRIGUEZ ARAUJO
Identificación: 1001599626