



N° 17.116

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	03 MES	2026 AÑO	QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
CONSORCIO INTERCONEXION BETE				CONSORCIO INTERCONEXION BETE			
CIIU (Actividad Económica) del empleador:							
4321 - INSTALACIONES ELÉCTRICAS.							
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	
CORDOBA MENA YONIER ESTIWAR				MASCULINO	26 AÑOS 2 MESES 12 DÍAS	CC	1128524927
						Tipo	Número
Cargo							
AYUDANTE							
EPS		AFP		ARL			
NO REFIERE		NO REFIERE		NO REFIERE			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
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:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES		
		SVE OSTEOMUSCULAR					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, CON ENFASIS OSTEROMUSCULAR SIN ALTERACIONES APARENTES							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____				 Firma: _____			
Nombre: CC: 1130636205 - SANDRA YOLADIS ASPRILLA				Nombre: CORDOBA MENA YONIER ESTIWAR			
R. M.: 1130636205 L.S.O.: 2018060031157				CC: 1128524927			



Código de Seguridad
E781K1Q17116



GRUPO MÉDICO CH IPS.

SALUD EN BUENAS MANOS.

NIT. 901853863-8

LIC. SST 27520

CONCEPTO DE APTITUD POR EXAMEN DE: INGRESO

Empresa Afiliadora: 5 CONSORCIO INTERCONEXION BETE

Nombre: CARLOS ANDRES CONCHA RODRIGUEZ

No. CC 1192727717

Empresa Usuaria: CONSORCIO INTERCONEXION BETE Fecha Nac. 12/05/2000 Sexo: M

Edad: 25 años Nro. Hijos: 0 Escolaridad: Primaria

Estado civil: SOLTERA(O) Servicio Militar: SI

Dir: 27001 NARIÑO PASTO

Tel: 3114248071 -

Estrato Socioeconómico: 1

Cargo a Desempeñar: Tecnico

Antigüedad en el cargo: Dias

Antigüedad en la empresa: Dias

E.P.S.: LA NUEVA E.P.S ARL:



Fecha Atención 10/03/2026

Fecha Impresión 10/03/2026

Pag. 1

CONCEPTO DE APTITUD SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se realiza examen Médico Ocupacional, con énfasis en Osteomuscular, durante el examen físico evidencio paciente sin limitaciones físicas, conserva ángulos de movimientos, al igual que tono y fuerza muscular y sensibilidad, tiene presente y conservados reflejos osteotendinosos.

En el momento no presenta alguna limitación física y funcional para realizar su cargo

Exámenes realizados:

Visiometría dentro de límites normales

Audiometría dentro de límites normales

Laboratorios: Hemograma, glicemia y perfil lipídico (Colesterol total, HDL, LDL y Triglicéridos) dentro de límites normales

Se indican estilos de vida saludables: dormir bien de 6- 8 horas periodo nocturno, no bebidas alcohólicas, ni tabaco, etc.
Evitar consumo de alimentos ricos en azúcar, grasas, sodio, aumentar la ingesta de agua, frutas, verduras y proteínas.

CERTIFICACION DE APTITUD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS: de acuerdo a las respuestas dadas en el cuestionario de declaratoria de estado de salud para trabajo en alturas, al resultado de la audiometría, de los exámenes de Laboratorio Clínico y la evaluación medica realizada, que incluyó un completo examen osteomuscular y las pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático para descartar vértigo, se considera que en caso de requerirse, ES APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS, con previa capacitación, entrega de dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud, acorde con lo establecido en la Resolución 4272 de 2021 por la cual se establece el reglamento de seguridad para la protección contra caídas en trabajo en alturas del Ministerio de Trabajo. Es importante destacar que el trabajador NO refiere episodios de vértigo ni crisis de epilepsia actuales, ni el consumo de sustancias psicoactivas.

1. Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
2. Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
3. Realizar el seguimiento definido en el programa de Conservación Auditiva.
4. Utilizar protección auditiva tipo silicona en ambientes ruidosos tanto laborales como por fuera del trabajo.
5. Capacitación y entrenamiento en el adecuado uso de los protectores auditivos.



Firma Medico Especialista

Profesional: GISELLY MORENO CUESTA Registro: RM - 271034



Carlos andres concha Rodriguez

Firma Trabajador, huella digital C.C.

Certifico que los datos suministrados son veridicos.

Dir. Calle 30 # 8 - 30 Quibdó Chocó Tels. 3207683803

CONCEPTO DE APTITUD SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

6. Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
7. Capacitación y entrenamiento en el adecuado uso de la protección respiratoria.
8. Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
9. Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
10. Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
11. Los hombres no deben movilizar cargas desde el piso superiores a 25 Kg ó 50 Kg sobre hombros o espalda.
12. Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos en alturas.
13. Verificar de manera continua en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerio de trabajo y de Salud y Protección Social), reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones del aspirante.

También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el medico examinador de las exigencias de la Ley para el examen médico laboral, por consiguiente, certifico que he autorizado para que se me efectué, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas para clínicas que estén establecidas para el cargo de Salud Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución 2346/07). El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, esta conozca el certificado médico ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.

CERTIFICACION DEL TRABAJADOR: Bajo la gravedad del juramento afirmo que la información que suministre es correcta y no he ocultado nada sobre mi historia de salud y/o ocupacional y me comprometo a atender las orientaciones y prescripciones del Medico Laboral y de Trabajo, los representantes del empleador, las autoridades de salud y efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento y mejor mi estado de salud.

RECOMENDACIONES GENERALES:

1. Asistir a la capacitación, participar en las actividades de entrenamiento y reentrenamiento programados por el empleador y aprobar satisfactoriamente las evaluaciones.
2. Cumplir todos los procedimientos establecidos.
3. Informar sobre cualquier condición de salud que le genere restricciones antes de realizar cualquier tipo de trabajo.
4. Utilizar las medidas de prevención y protección contra caídas. (De acuerdo a su labor, piso mojado, escaleras, suelo inestable, o sillas no seguras)
5. No usar ni consumir estupefacientes o sustancias psicotrópicas durante el desarrollo de su actividad (DECRETO 1108 de 1994) o fuera de su trabajo.
6. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividad deportiva, acorde con su interés, estado físico y condiciones de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.



Carlos andres concha Rodriguez

Firma Medico Especialista

Profesional: GISELLY MORENO CUESTA Registro: RM - 271034

Firma Trabajador, huella digital C.C.
Certifico que los datos suministrados son verídicos.



GRUPO MÉDICO CH IPS.

SALUD EN BUENAS MANOS.

NIT. 901853863-8

LIC. SST 27520

CONCEPTO DE APTITUD POR EXAMEN DE: INGRESO

Empresa Afiliadora: 5 CONSORCIO INTERCONEXION BETE

Nombre: EVELIO PALACIOS PALACIOS

No. CC 1129364634

Empresa Usaria: CONSORCIO INTERCONEXION BETE Fecha Nac. 21/04/1984 Sexo: M

Edad: 41 años Nro. Hijos: 3 Escolaridad: Universitario

Estado civil: UNION LIBRE Servicio Militar: NO

Dir: 27001 BRR ZONA MINERA

Tel: 3117744984 -

Estrato Socioeconómico: 1

Cargo a Desempeñar: OFICIAL DE REDES EN ALTURAS

Antigüedad en el cargo: Días

Antigüedad en la empresa: Días

E.P.S.: Salud Colmena E.P.S. S.A. ARL:



Fecha Atención 03/03/2026

Fecha Impresión 04/03/2026

Pag. 1

CONCEPTO DE APTITUD SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se realiza examen Médico Ocupacional, con énfasis en Osteomuscular, durante el examen físico evidencio paciente sin limitaciones físicas, conserva ángulos de movimientos, al igual que tono y fuerza muscular y sensibilidad, tiene presente y conservados reflejos osteotendinosos.

En el momento no presenta alguna limitación física y funcional para realizar su cargo

Exámenes realizados:

Visionometría dentro de límites normales

Audiometría dentro de límites normales

Laboratorios: Hemograma, glicemia y perfil lipídico (Colesterol total, HDL, LDL y Triglicéridos) dentro de límites normales

Se indican estilos de vida saludables: dormir bien de 6-8 horas periodo nocturno, no bebidas alcohólicas, ni tabaco, etc.
Evitar consumo de alimentos ricos en azúcar, grasas, sodio, aumentar la ingesta de agua, frutas, verduras y proteínas.

CERTIFICACION DE APTITUD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS: de acuerdo a las respuestas dadas en el cuestionario de declaratoria de estado de salud para trabajo en alturas, al resultado de la audiometría, de los exámenes de Laboratorio Clínico y la evaluación médica realizada, que incluyó un completo examen osteomuscular y las pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático para descartar vértigo, se considera que en caso de requerirse, **NO ES APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS**, debido a que algunas de las pruebas realizadas se encuentra alterada, acorde con lo establecido en la Resolución 4272 de 2021 por la cual se establece el reglamento de seguridad para la protección contra caídas en trabajo en alturas del Ministerio de Trabajo. Es importante destacar que el trabajador **NO** refiere episodios de vértigo ni crisis de epilepsia actuales, ni el consumo de sustancias psicoactivas

1. Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
2. Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
3. Realizar el seguimiento definido en el programa de Conservación Auditiva.
4. Utilizar protección auditiva tipo silicona en ambientes ruidosos tanto laborales como por fuera del trabajo.
5. Capacitación y entrenamiento en el adecuado uso de los protectores auditivos.
6. Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.

03/03/2026

GISELLY MORENO CUESTA
Médica especialista en seguridad y salud en el trabajo
CC 35.892.668 REG. 271034 LIC. SST 27051

Firma Médico Especialista

Profesional: GISELLY MORENO CUESTA Registro: RM - 271034



Evelio Palacios

Firma Trabajador, huella digital C.C.
Certifico que los datos suministrados son verídicos

Dir. Calle 30 # 8 - 30 Quibdó Chocó Tels. 3207683803

CONCEPTO DE APTITUD SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

7. Capacitación y entrenamiento en el adecuado uso de la protección respiratoria.
8. Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
9. Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
10. Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
11. Los hombres no deben movilizar cargas desde el piso superiores a 25 Kg ó 50 Kg sobre hombros o espalda.
12. Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos en alturas.
13. Verificar de manera continua en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerio de trabajo y de Salud y Protección Social), reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones del aspirante.

También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiéndose que hacen parte integral de su historial médico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el medico examinador de las exigencias de la Ley para el examen médico laboral, por consiguiente, certifico que he autorizado para que se me efectúe, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas para clínicas que estén establecidas para el cargo de Salud Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución 2346/07). El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, esta conozca el certificado médico ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.

CERTIFICACION DEL TRABAJADOR: Bajo la gravedad del juramento afirmo que la información que suministre es correcta y no he ocultado nada sobre mi historia de salud y/o ocupacional y me comprometo a atender las orientaciones y prescripciones del Medico Laboral y de Trabajo, los representantes del empleador, las autoridades de salud y efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento y mejor mi estado de salud.

RECOMENDACIONES GENERALES:

1. Asistir a la capacitación, participar en las actividades de entrenamiento y reentrenamiento programados por el empleador y aprobar satisfactoriamente las evaluaciones.
2. Cumplir todos los procedimientos establecidos.
3. Informar sobre cualquier condición de salud que le genere restricciones antes de realizar cualquier tipo de trabajo.
4. Utilizar las medidas de prevención y protección contra caídas. (De acuerdo a su labor, piso mojado, escaleras, suelo inestable, o sillas no seguras)
5. No usar ni consumir estupefacientes o sustancias psicotrópicas durante el desarrollo de su actividad (DECRETO 1108 de 1994) o fuera de su trabajo.
6. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividad deportiva, acorde con su interés, estado físico y condiciones de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.



03/03/2026

GISELLY MORENO CUESTA
Medica especialista en seguridad y salud en el
trabajo
CC 35.852.668 REG.271034 LIC. SST 27051

Firma Medico Especialista

Profesional: GISELLY MORENO CUESTA Registro: RM - 271034



Evelio Palacios C

Firma Trabajador, huella digital C.C.
Certifico que los datos suministrados son verídicos

Dir. Calle 30 # 8 - 30 Quibdó Chocó Tels. 3207683803



GRUPO MÉDICO CH IPS.

SALUD EN BUENAS MANOS.

NIT. 901853863-8

LIC. SST 27520

CONCEPTO DE APTITUD POR EXAMEN DE: INGRESO

Empresa Afiliadora: 5 CONSORCIO INTERCONEXION BETE

Nombre: GEISON JOSE DIAZ MILAN

No. CC 11800794

Empresa Usaria: CONSORCIO INTERCONEXION BETE Fecha Nac. 31/08/1972 Sexo: M

Edad: 53 años Nro. Hijos: 1 Escolaridad: Universitario

Estado civil: SOLTERA(O) Servicio Militar: NO

Dir: 27001 CRA 5 # 24 - 170 BRR PAN DE YU

Tel: 3113416713 -

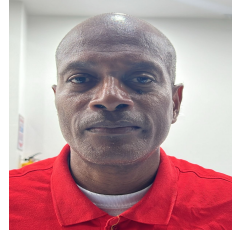
Estrato Socioeconómico: 1

Cargo a Desempeñar: INGENIERO RESIDENTE

Antigüedad en el cargo: Dias

Antigüedad en la empresa: Dias

E.P.S.: E.P.S. Sanitas S.A. ARL:



Fecha Atención 27/08/2025

Fecha Impresión 27/08/2025

Pag. 1

CONCEPTO DE APTITUD SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se realiza examen Médico Ocupacional, con énfasis en Osteomuscular, durante el examen físico evidencio paciente sin limitaciones físicas, conserva ángulos de movimientos, al igual que tono y fuerza muscular y sensibilidad, tiene presente y conservados reflejos osteotendinosos.

En el momento no presenta alguna limitación física y funcional para realizar su cargo

Exámenes realizados:

Visiometría con alteraciones adecuadamente corregido por lo cual se remite para valoración optometría y oftalmología en EPS periodico

Audiometría dentro de límites normales

Laboratorios: Hemograma, glicemia y perfil lipídico (Colesterol total, HDL, LDL y Triglicéridos) dentro de límites normales

Se indican estilos de vida saludables: dormir bien de 6- 8 horas periodo nocturno, no bebidas alcohólicas, ni tabaco, etc.

Evitar consumo de alimentos ricos en azúcar, grasas, sodio, aumentar la ingesta de agua, frutas, verduras y proteínas.

CERTIFICACION DE APTITUD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS: de acuerdo a las respuestas dadas en el cuestionario de declaratoria de estado de salud para trabajo en alturas, al resultado de la audiometría, de los exámenes de Laboratorio Clínico y la evaluación medica realizada, que incluyó un completo examen osteomuscular y las pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático para descartar vértigo, se considera que en caso de requerirse, CUMPLE CON REQUISITOS PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS, con previa capacitación, entrega de dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud, acorde con lo establecido en la Resolución 4272 de 2021 por la cual se establece el reglamento de seguridad para la protección contra caídas en trabajo en alturas del Ministerio de Trabajo. Es importante destacar que el trabajador NO refiere episodios de vértigo ni crisis de epilepsia actuales, ni el consumo de sustancias psicoactivas.

1. Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
2. Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
3. Realizar el seguimiento definido en el programa de Conservación Auditiva.
4. Utilizar protección auditiva tipo silicona en ambientes ruidosos tanto laborales como por fuera del trabajo.
5. Capacitación y entrenamiento en el adecuado uso de los protectores auditivos.



Geison Jose Diaz Milan

Firma Medico Especialista

Profesional: GISELLY MORENO CUESTA Registro: RM - 271034

Firma Trabajador, huella digital C.C.
Certifico que los datos suministrados son verídicos.

Dir. Calle 30 # 8 - 30 Quibdó Chocó Tels. 3207683803

CONCEPTO DE APTITUD SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

6. Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
7. Capacitación y entrenamiento en el adecuado uso de la protección respiratoria.
8. Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
9. Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
10. Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
11. Los hombres no deben movilizar cargas desde el piso superiores a 25 Kg ó 50 Kg sobre hombros o espalda.
12. Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos en alturas.
13. Verificar de manera continua en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerio de trabajo y de Salud y Protección Social), reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones del aspirante.

También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el medico examinador de las exigencias de la Ley para el examen médico laboral, por consiguiente, certifico que he autorizado para que se me efectúe, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas para clínicas que estén establecidas para el cargo de Salud Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución 2346/07). El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, esta conozca el certificado médico ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.

CERTIFICACION DEL TRABAJADOR: Bajo la gravedad del juramento afirmo que la información que suministre es correcta y no he ocultado nada sobre mi historia de salud y/o ocupacional y me comprometo a atender las orientaciones y prescripciones del Medico Laboral y de Trabajo, los representantes del empleador, las autoridades de salud y efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento y mejor mi estado de salud.

RECOMENDACIONES GENERALES:

1. Asistir a la capacitación, participar en las actividades de entrenamiento y reentrenamiento programados por el empleador y aprobar satisfactoriamente las evaluaciones.
2. Cumplir todos los procedimientos establecidos.
3. Informar sobre cualquier condición de salud que le genere restricciones antes de realizar cualquier tipo de trabajo.
4. Utilizar las medidas de prevención y protección contra caídas. (De acuerdo a su labor, piso mojado, escaleras, suelo inestable, o sillas no seguras)
5. No usar ni consumir estupefacientes o sustancias psicotrópicas durante el desarrollo de su actividad (DECRETO 1108 de 1994) o fuera de su trabajo.
6. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividad deportiva, acorde con su interés, estado físico y condiciones de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.



Firma Medico Especialista

Profesional: GISELLY MORENO CUESTA Registro: RM - 271034

Firma Trabajador, huella digital C.C.
Certifico que los datos suministrados son veridicos.



N° 17.115

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	03 MES	2026 AÑO	QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
CONSORCIO INTERCONEXION BETE				CONSORCIO INTERCONEXION BETE			
CIIU (Actividad Económica) del empleador:							
4321 - INSTALACIONES ELÉCTRICAS.							
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	
RIVAS MOSQUERA GILBERTO				MASCULINO	28 AÑOS 8 MESES 12 DÍAS	CC	1078117976
						Tipo	Número
Cargo							
AYUDANTE							
EPS		AFP		ARL			
NO REFIERE		NO REFIERE		NO REFIERE			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
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:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES		
		SVE OSTEOMUSCULAR			CONTROL DE PESO		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, CON ENFASIS OSTEROMUSCULAR SIN ALTERACIONES APARENTES							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
							
Firma:				Firma:			
Nombre: CC: 1130636205 - SANDRA YOLADIS ASPRILLA				Nombre: RIVAS MOSQUERA GILBERTO			
R. M.: 1130636205 L.S.O.: 2018060031157				CC: 1078117976			



Código de Seguridad

N781T1Z17115



N° 17.114

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	03 MES	2026 AÑO	QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
CONSORCIO INTERCONEXION BETE				CONSORCIO INTERCONEXION BETE			
CIU (Actividad Económica) del empleador:							
4321 - INSTALACIONES ELÉCTRICAS.							
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 CHAVERRA JAIBER				MASCULINO	30 AÑOS 9 MESES 5 DÍAS	CC	1128526338
						Tipo	Número
Cargo							
AYUDANTE							
EPS		AFP		ARL			
NO REFIERE		NO REFIERE		NO REFIERE			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
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:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES		
		SVE OSTEOMUSCULAR					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, CON ENFASIS OSTEROMUSCULAR SIN ALTERACIONES APARENTES							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: CC: 1130636205 - SANDRA YOLADIS ASPRILLA R. M.: 1130636205 L.S.O.: 2018060031157				 Código de Seguridad X781D1J17114			
				 Firma: _____ Nombre: PALACIOS CHAVERRA JAIBER CC: 1128526338			



GRUPO MÉDICO CH IPS.

SALUD EN BUENAS MANOS.

NIT. 901853863-8

LIC. SST 27520

CONCEPTO DE APTITUD POR EXAMEN DE: INGRESO

Empresa Afiliadora: 5 CONSORCIO INTERCONEXION BETE

Nombre: JERLIN LLOREDA RAMOS

No. CC 11801214

Empresa Usaria: CONSORCIO INTERCONEXION BETE Fecha Nac. 13/03/1974 Sexo: M

Edad: 51 años Nro. Hijos: 2 Escolaridad: Universitario

Estado civil: CASADA(O) Servicio Militar: NO

Dir: 27001 BRR FLORES DE BUENAÑOS

Tel: 3106065966 -

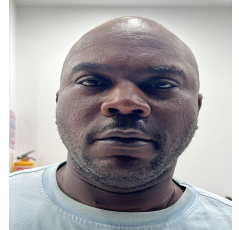
Estrato Socioeconómico: 1

Cargo a Desempeñar: DIRECTOR DE PROYECTOS

Antigüedad en el cargo: Dias

Antigüedad en la empresa: Dias

E.P.S.: E.P.S. Sanitas S.A. ARL:



Fecha Atención 27/08/2025

Fecha Impresión 27/08/2025

Pag. 1

CONCEPTO DE APTITUD SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se realiza examen Médico Ocupacional, con énfasis en Osteomuscular, durante el examen físico evidencio paciente sin limitaciones físicas, conserva ángulos de movimientos, al igual que tono y fuerza muscular y sensibilidad, tiene presente y conservados reflejos osteotendinosos.

En el momento no presenta alguna limitación física y funcional para realizar su cargo

Exámenes realizados:

Visiometría con alteraciones adecuadamente corregido por lo cual se remite para valoración optometría y oftalmología en EPS periodico

Audiometría dentro de límites normales

Laboratorios: glicemia dentro de límites normales

Se indican estilos de vida saludables: dormir bien de 6- 8 horas periodo nocturno, no bebidas alcohólicas, ni tabaco, etc. Evitar consumo de alimentos ricos en azúcar, grasas, sodio, aumentar la ingesta de agua, frutas, verduras y proteínas.

Se le recomienda;

1. Consultar con NUTRICIONISTA por su EPS
2. Adquirir buenos hábitos alimenticios
3. Bajar de peso
4. Dieta baja en grasas, sal, harinas, azúcar. Dieta rica en frutas verduras, proteínas fibras
5. Ejercicio diario mínimo 45 minutos diarios (cardio)

1. Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la realización de su trabajo.
2. Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para realizar las diferentes tareas de su ocupación.
3. La silla que se utilice siempre debe tener espaldar y debe permitir la adecuada postura del trabajador.
4. Implementar el programa de pausas activas, con actividades de al menos 5 minutos cada hora.
5. Cuando trabaje con el computador, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones: -Parpadee cada 5 segundos o cada vez que lo recuerde; -Aproximadamente cada 20 minutos de trabajo con el computador dirija su mirada a un punto lejano (6 metros); -Cada 3 horas de trabajo en



[Handwritten signature]

Firma Medico Especialista

Profesional: GISELLY MORENO CUESTA Registro: RM - 271034

Firma Trabajador, huella digital C.C.
Certifico que los datos suministrados son verídicos.

Dir. Calle 30 # 8 - 30 Quibdó Chocó Tels. 3207683803

CONCEPTO DE APTITUD SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

computador, cierre los ojos suavemente e imagine una visión panorámica, como el mar, durante un minuto; -Sitúese siempre a por lo menos 40 cms. de la pantalla de videoterminal y evite reflejos molestos; -Procure que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación, acorde con las exigencias del oficio.

6. Realizar el seguimiento definido en el programa de Conservación Auditiva.
7. Utilizar protección auditiva tipo silicona en ambientes ruidosos tanto laborales como por fuera del trabajo.
8. Capacitación y entrenamiento en el adecuado uso de los protectores auditivos, en caso de requerirlos como elemento de protección personal.
9. Implementar las actividades definidas en el programa de prevención del riesgo psicosocial

Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerio de trabajo y de Salud y Protección Social), reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones del aspirante.

También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el medico examinador de las exigencias de la Ley para el examen médico laboral, por consiguiente, certifico que he autorizado para que se me efectué, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas para clínicas que estén establecidas para el cargo de Salud Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución 2346/07). El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, esta conozca el certificado médico ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.

CERTIFICACION DEL TRABAJADOR: Bajo la gravedad del juramento afirmo que la información que suministre es correcta y no he ocultado nada sobre mi historia de salud y/o ocupacional y me comprometo a atender las orientaciones y prescripciones del Medico Laboral y de Trabajo, los representantes del empleador, las autoridades de salud y efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento y mejor mi estado de salud.

RECOMENDACIONES GENERALES:

1. Asistir a la capacitación, participar en las actividades de entrenamiento y reentrenamiento programados por el empleador y aprobar satisfactoriamente las evaluaciones.
2. Cumplir todos los procedimientos establecidos.
3. Informar sobre cualquier condición de salud que le genere restricciones antes de realizar cualquier tipo de trabajo.
4. Utilizar las medidas de prevención y protección contra caídas. (De acuerdo a su labor, piso mojado, escaleras, suelo inestable, o sillas no seguras)
5. No usar ni consumir estupefacientes o sustancias psicotrópicas durante el desarrollo de su actividad (DECRETO 1108 de 1994) o fuera de su trabajo.
6. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividad deportiva, acorde con su interés, estado físico y condiciones de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.



GISELLY MORENO CUESTA
Medica especialista en seguridad y salud en el
trabajo
CC 35.892.668 REG.271034 LIC. SST 27051



Firma Medico Especialista

Profesional: GISELLY MORENO CUESTA Registro: RM - 271034

Firma Trabajador, huella digital C.C.
Certifico que los datos suministrados son verídicos.



GRUPO MÉDICO CH IPS.

SALUD EN BUENAS MANOS.

NIT. 901853863-8

LIC. SST 27520

CONCEPTO DE APTITUD POR EXAMEN DE: INGRESO

Empresa Afiliadora: 5 CONSORCIO INTERCONEXION BETE

Nombre: JHON JAIRO VALENCIA NOGUERA

No. CC 1086017673

Empresa Usaria: CONSORCIO INTERCONEXION BETE Fecha Nac. 12/07/1990 Sexo: M

Edad: 35 años Nro. Hijos: 1 Escolaridad: Primaria

Estado civil: SOLTERA(O) Servicio Militar: SI

Dir: 27001 NARIÑO PASTO

Tel: 3213824814 -

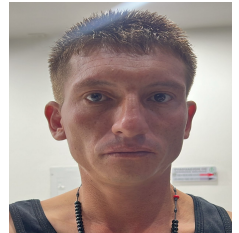
Estrato Socioeconómico: 1

Cargo a Desempeñar: Tecnico

Antigüedad en el cargo: Dias

Antigüedad en la empresa: Dias

E.P.S.: SIN EPS ARL:



Fecha Atención 10/03/2026

Fecha Impresión 10/03/2026

Pag. 1

CONCEPTO DE APTITUD SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se realiza examen Médico Ocupacional, con énfasis en Osteomuscular, durante el examen físico evidencio paciente sin limitaciones físicas, conserva ángulos de movimientos, al igual que tono y fuerza muscular y sensibilidad, tiene presente y conservados reflejos osteotendinosos.

En el momento no presenta alguna limitación física y funcional para realizar su cargo

Exámenes realizados:

Visionometria dentro de límites normales

Audiometría dentro de límites normales

Laboratorios: Hemograma, glicemia y perfil lipídico (Colesterol total, HDL, LDL y Triglicéridos) dentro de límites normales

Se indican estilos de vida saludables: dormir bien de 6- 8 horas periodo nocturno, no bebidas alcohólicas, ni tabaco, etc.
Evitar consumo de alimentos ricos en azúcar, grasas, sodio, aumentar la ingesta de agua, frutas, verduras y proteínas.

CERTIFICACION DE APTITUD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS: de acuerdo a las respuestas dadas en el cuestionario de declaratoria de estado de salud para trabajo en alturas, al resultado de la audiometría, de los exámenes de Laboratorio Clínico y la evaluación medica realizada, que incluyó un completo examen osteomuscular y las pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático para descartar vértigo, se considera que en caso de requerirse, ES APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS, con previa capacitación, entrega de dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud, acorde con lo establecido en la Resolución 4272 de 2021 por la cual se establece el reglamento de seguridad para la protección contra caídas en trabajo en alturas del Ministerio de Trabajo. Es importante destacar que el trabajador NO refiere episodios de vértigo ni crisis de epilepsia actuales, ni el consumo de sustancias psicoactivas.

1. Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
2. Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
3. Realizar el seguimiento definido en el programa de Conservación Auditiva.
4. Utilizar protección auditiva tipo silicona en ambientes ruidosos tanto laborales como por fuera del trabajo.
5. Capacitación y entrenamiento en el adecuado uso de los protectores auditivos.



Jhon Jairo C

Firma Medico Especialista

Profesional: GISELLY MORENO CUESTA Registro: RM - 271034

Firma Trabajador, huella digital C.C.
Certifico que los datos suministrados son verídicos.

Dir. Calle 30 # 8 - 30 Quibdó Chocó Tels. 3207683803

CONCEPTO DE APTITUD SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

6. Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
7. Capacitación y entrenamiento en el adecuado uso de la protección respiratoria.
8. Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
9. Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
10. Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
11. Los hombres no deben movilizar cargas desde el piso superiores a 25 Kg ó 50 Kg sobre hombros o espalda.
12. Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos en alturas.
13. Verificar de manera continua en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerio de trabajo y de Salud y Protección Social), reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones del aspirante.

También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el medico examinador de las exigencias de la Ley para el examen médico laboral, por consiguiente, certifico que he autorizado para que se me efectué, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas para clínicas que estén establecidas para el cargo de Salud Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución 2346/07). El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, esta conozca el certificado médico ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.

CERTIFICACION DEL TRABAJADOR: Bajo la gravedad del juramento afirmo que la información que suministre es correcta y no he ocultado nada sobre mi historia de salud y/o ocupacional y me comprometo a atender las orientaciones y prescripciones del Medico Laboral y de Trabajo, los representantes del empleador, las autoridades de salud y efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento y mejor mi estado de salud.

RECOMENDACIONES GENERALES:

1. Asistir a la capacitación, participar en las actividades de entrenamiento y reentrenamiento programados por el empleador y aprobar satisfactoriamente las evaluaciones.
2. Cumplir todos los procedimientos establecidos.
3. Informar sobre cualquier condición de salud que le genere restricciones antes de realizar cualquier tipo de trabajo.
4. Utilizar las medidas de prevención y protección contra caídas. (De acuerdo a su labor, piso mojado, escaleras, suelo inestable, o sillas no seguras)
5. No usar ni consumir estupefacientes o sustancias psicotrópicas durante el desarrollo de su actividad (DECRETO 1108 de 1994) o fuera de su trabajo.
6. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividad deportiva, acorde con su interés, estado físico y condiciones de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.



10/03/2026

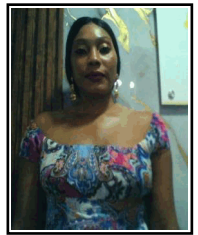
GISELLY MORENO CUESTA

Medica especialista en seguridad y salud en el trabajo
CC 35.892.668 REG.271034 LIC. SST 27051

Firma Medico Especialista

Profesional: GISELLY MORENO CUESTA Registro: RM - 271034

Firma Trabajador, huella digital C.C.
Certifico que los datos suministrados son verídicos.



N° 17.118

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17 DÍA	03 MES	2026 AÑO	QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
CONSORCIO INTERCONEXION BETE				CONSORCIO INTERCONEXION BETE			
CIU (Actividad Económica) del empleador:							
4321 - INSTALACIONES ELÉCTRICAS.							
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	
PINO MENA JULIA MILENA				FEMENINO	39 AÑOS 4 MESES 16 DÍAS	CC	1077428273
						Tipo	Número
Cargo							
TRABAJO SOCIAL							
EPS		AFP			ARL		
NUEVA EPS		NO REFIERE			NO REFIERE		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÁN 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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES		
		SVE OSTEOMUSCULAR			CONTROL DE PESO		
					HACER DEPORTE		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, CON ENFASIS OSTEROMUSCULAR SIN ALTERACIONES APARENTES							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
							
Firma:				Firma:			
Nombre: CC: 1130636205 - SANDRA YOLADIS ASPRILLA				Nombre: PINO MENA JULIA MILENA			
R. M.: 1130636205 L.S.O.: 2018060031157				CC: 1077428273			
				M781S1Y17118			



N° 17.113

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	03 MES	2026 AÑO	QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
CONSORCIO INTERCONEXION BETE				CONSORCIO INTERCONEXION BETE			
CIU (Actividad Económica) del empleador:							
4321 - INSTALACIONES ELÉCTRICAS.							
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	
IBARGUEN MENA LEISON				MASCULINO	44 AÑOS 8 MESES 26 DÍAS	CC	4795394
						Tipo	Número
Cargo							
AYUDANTE							
EPS		AFP		ARL			
NO REFIERE		NO REFIERE		NO REFIERE			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
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:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES		
		SVE OSTEOMUSCULAR					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, CON ENFASIS OSTEROMUSCULAR SIN ALTERACIONES APARENTES							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: CC: 1130636205 - SANDRA YOLADIS ASPRILLA R. M.: 1130636205 L.S.O.: 2018060031157				 Código de Seguridad X781D1J17113 Firma: _____ Nombre: IBARGUEN MENA LEISON CC: 4795394			

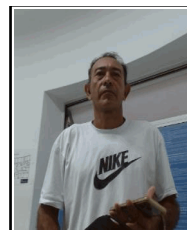


Mediclínico
NIT. 900345970-5
Dir: Calle 49 #45-81 Edificio Cataluña Piso 2
Cel: 318 342 1856 - 301 316 0883
Correo: contabilidad@mediclinico.com - info@mediclinico.com
ejecutivo.comercial@mediclinico.com
Web: www.mediclinico.com
Medellín



Código de Seguridad

O1826U57A1741



N° 1741

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
03 DÍA	03 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
CONSORCIO INTERCONEXION BETE				CONSORCIO INTERCONEXION BETE			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
ALFONZO DELGADO LIGIO DE JESUS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	50 AÑOS 6 MESES 14 DÍAS	PT	1250597
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo TECNICO ELECTRICISTA LINIERO							
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO							
RECOMENDACIONES MÉDICAS							
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, USAR CORRECCIÓN VISUAL, VALORACIÓN POR EPS: CITA POR OPTOMETRÍA DE EPS							
RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES							
HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE							
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES							
SVE AUDITIVO, SVE VISUAL, USO DE EPP							
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES ADICIONALES							
PACIENTE CON ALTERACIÓN AUDITIVA, NO SE GENERA UNA RESTRICCIÓN OCUPACIONAL, SE RECOMIENDA ENTONCES USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE INSERCIÓN (IDEALMENTE DE SILICONA) EN AMBIENTES CON RUIDO SUPERIOR A 75 DB TANTO LABORALES COMO POR FUERA DEL TRABAJO. DENTRO DE LA EVALUACIÓN MÉDICA INTEGRAL REALIZADA A ESTE TRABAJADOR, SE LE HIZO UN ESPECIAL ÉNFASIS EN SU ESTADO OSTEOMUSCULAR, DE COLUMNA VERTEBRAL Y LAS CONDICIONES INDIVIDUALES DE RIESGO, SIN ENCONTRAR ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS QUE SE CONSIDEREN PUEDAN GENERAR UN RIESGO AUMENTADO PARA SU SALUD Y SEGURIDAD, POR LO TANTO SE PUEDE CONCLUIR CON LOS ELEMENTOS EXISTENTES AL MOMENTO DE LA CONSULTA QUE NO SE ENCUENTRAN PATOLOGÍAS QUE REQUIERAN INTERVENCIÓN INMEDIATA O QUE DE ALGUNA MANERA PUEDAN INTERFERIR CON EL ADECUADO DESARROLLO DE SU LABOR.							

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Profesional: CC: 1129539959 - HUMBERTO LUIS FLC
R. M.: 232113-10 L.S.O.: 99626
Especialidad: MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

FIRMA AQUÍ

FIRMA AQUÍ

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____



N° 17.109

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	03 MES	2026 AÑO	QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
CONSORCIO INTERCONEXION BETE				CONSORCIO INTERCONEXION BETE			
CIIU (Actividad Económica) del empleador:							
4321 - INSTALACIONES ELÉCTRICAS.							
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 PEREA OARWIN				MASCULINO	44 AÑOS 0 MESES 5 DÍAS	CC	11813448
						Tipo	Número
Cargo							
INSPECTOR SISO							
EPS		AFP			ARL		
NO REFIERE		NO REFIERE			NO REFIERE		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
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:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES		
		SVE OSTEOMUSCULAR					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, CON ENFASIS OSTEROMUSCULAR SIN ALTERACIONES APARENTES							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____				 Código de Seguridad L781R1X17109			
Nombre: CC: 1130636205 - SANDRA YOLADIS ASPRILLA				Nombre: MOSQUERA PEREA OARWIN			
R. M.: 1130636205 L.S.O.: 2018060031157				CC: 11813448			



GRUPO MÉDICO CH IPS.

SALUD EN BUENAS MANOS.

NIT. 901853863-8

LIC. SST 27520

CONCEPTO DE APTITUD POR EXAMEN DE: INGRESO

Empresa Afiliadora: 5 CONSORCIO INTERCONEXION BETE

Nombre: RICAURTE PINO MORENO

No. CC 11802679

Empresa Usaria: CONSORCIO INTERCONEXION BETE Fecha Nac. 27/06/1973 Sexo: M

Edad: 52 años Nro. Hijos: 6 Escolaridad: Tecnico

Estado civil: SOLTERA(O) Servicio Militar: NO

Dir: 27001 BRR SAN VICENTE

Tel: 3113348268 -

Estrato Socioeconómico: 1

Cargo a Desempeñar: LINIERO

Antigüedad en el cargo: Dias

Antigüedad en la empresa: Dias

E.P.S.: LA NUEVA E.P.S ARL: SIN ARL



Fecha Atención 26/08/2025

Fecha Impresión 27/08/2025

Pag. 1

CONCEPTO DE APTITUD CON HALLAZGOS QUE REQUIEREN MEDIDAS PREVENTIVAS

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se realiza examen Médico Ocupacional, con énfasis en Osteomuscular, durante el examen físico evidencio paciente sin limitaciones físicas, conserva ángulos de movimientos, al igual que tono y fuerza muscular y sensibilidad, tiene presente y conservados reflejos osteotendinosos.

En el momento no presenta alguna limitación física y funcional para realizar su cargo

Exámenes realizados:

Visiometría con alteraciones por lo cual se remite para valoración optometría y oftalmología en EPS

Audiometría dentro de límites normales

Laboratorios: glicemia y perfil lipídico (Colesterol total, HDL, LDL y Triglicéridos) dentro de límites normales

Se indican estilos de vida saludables: dormir bien de 6- 8 horas periodo nocturno, no bebidas alcohólicas, ni tabaco, etc.
Evitar consumo de alimentos ricos en azúcar, grasas, sodio, aumentar la ingesta de agua, frutas, verduras y proteínas.

CERTIFICACION DE APTITUD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS: de acuerdo a las respuestas dadas en el cuestionario de declaratoria de estado de salud para trabajo en alturas, al resultado de la audiometría, de los exámenes de Laboratorio Clínico y la evaluación medica realizada, que incluyó un completo examen osteomuscular y las pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático para descartar vértigo, se considera que en caso de requerirse, **CUMPLE CON REQUISITOS PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS**, con previa capacitación, entrega de dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud, acorde con lo establecido en la Resolución 4272 de 2021 por la cual se establece el reglamento de seguridad para la protección contra caídas en trabajo en alturas del Ministerio de Trabajo. Es importante destacar que el trabajador NO refiere episodios de vértigo ni crisis de epilepsia actuales, ni el consumo de sustancias psicoactivas.

1. Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
2. Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
3. Realizar el seguimiento definido en el programa de Conservación Auditiva.
4. Utilizar protección auditiva tipo silicona en ambientes ruidosos tanto laborales como por fuera del trabajo.



RICAURTE PINO

Firma Medico Especialista

Profesional: GISELLY MORENO CUESTA Registro: RM - 271034

Firma Trabajador, huella digital C.C.
Certifico que los datos suministrados son verídicos.

Dir. Calle 30 # 8 - 30 Quibdó Chocó Tels. 3207683803

CONCEPTO DE APTITUD CON HALLAZGOS QUE REQUIEREN MEDIDAS PREVENTIVAS

5. Capacitación y entrenamiento en el adecuado uso de los protectores auditivos.
6. Seleccionar la protección respiratoria adecuada teniendo en cuenta nivel de exposición, condiciones del trabajador y tipo de trabajo.
7. Capacitación y entrenamiento en el adecuado uso de la protección respiratoria.
8. Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
9. Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la movilización de cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
10. Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación.
11. Los hombres no deben movilizar cargas desde el piso superiores a 25 Kg ó 50 Kg sobre hombros o espalda.
12. Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos en alturas.
13. Verificar de manera continua en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.

Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerio de trabajo y de Salud y Protección Social), reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones del aspirante.

También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el medico examinador de las exigencias de la Ley para el examen médico laboral, por consiguiente, certifico que he autorizado para que se me efectúe, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas para clínicas que estén establecidas para el cargo de Salud Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución 2346/07). El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, esta conozca el certificado médico ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.

CERTIFICACION DEL TRABAJADOR: Bajo la gravedad del juramento afirmo que la información que suministre es correcta y no he ocultado nada sobre mi historia de salud y/o ocupacional y me comprometo a atender las orientaciones y prescripciones del Medico Laboral y de Trabajo, los representantes del empleador, las autoridades de salud y efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento y mejor mi estado de salud.

RECOMENDACIONES GENERALES:

1. Asistir a la capacitación, participar en las actividades de entrenamiento y reentrenamiento programados por el empleador y aprobar satisfactoriamente las evaluaciones.
2. Cumplir todos los procedimientos establecidos.
3. Informar sobre cualquier condición de salud que le genere restricciones antes de realizar cualquier tipo de trabajo.
4. Utilizar las medidas de prevención y protección contra caídas. (De acuerdo a su labor, piso mojado, escaleras, suelo inestable, o sillas no seguras)
5. No usar ni consumir estupefacientes o sustancias psicotrópicas durante el desarrollo de su actividad (DECRETO 1108 de 1994) o fuera de su trabajo.
6. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividad deportiva, acorde con su interés, estado físico y condiciones de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.



Firma Medico Especialista

Profesional: GISELLY MORENO CUESTA Registro: RM - 271034

Firma Trabajador, huella digital C.C.
Certifico que los datos suministrados son verídicos.



N° 17.111

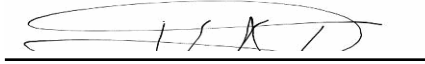
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	03 MES	2026 AÑO	QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
CONSORCIO INTERCONEXION BETE				CONSORCIO INTERCONEXION BETE			
CIIU (Actividad Económica) del empleador:							
4321 - INSTALACIONES ELÉCTRICAS.							
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	
DOMINGUEZ RIVAS SALOMON				MASCULINO	56 AÑOS 3 MESES 14 DÍAS	CC	4795395
						Tipo	Número
Cargo							
AYUDANTE							
EPS		AFP			ARL		
NO REFIERE		NO REFIERE			NO REFIERE		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
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:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES		
		SVE OSTEOMUSCULAR					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, CON ENFASIS OSTEROMUSCULAR SIN ALTERACIONES APARENTES							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____				 Código de Seguridad F781L1R17111			
Nombre: CC: 1130636205 - SANDRA YOLADIS ASPRILLA				Nombre: DOMINGUEZ RIVAS SALOMON			
R. M.: 1130636205 L.S.O.: 2018060031157				CC: 4795395			



N° 17.110

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	03 MES	2026 AÑO	QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
CONSORCIO INTERCONEXION BETE				CONSORCIO INTERCONEXION BETE			
CIU (Actividad Económica) del empleador:							
4321 - INSTALACIONES ELÉCTRICAS.							
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	
VALOYES NAVIA SALOMON				MASCULINO	51 AÑOS 1 MESES 26 DÍAS	CC	11805958
						Tipo	Número
Cargo							
AYUDANTE							
EPS		AFP		ARL			
NO REFIERE		NO REFIERE		NO REFIERE			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
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:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					
		SVE OSTEOMUSCULAR					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, CON ENFASIS OSTEROMUSCULAR SIN ALTERACIONES APARENTES							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
							
Firma:				Firma:			
Nombre: CC: 1130636205 - SANDRA YOLADIS ASPRILLA				Nombre: VALOYES NAVIA SALOMON			
R. M.: 1130636205 L.S.O.: 2018060031157				CC: 11805958			
				Código de Seguridad			
				T781Z1F17110			



N° 17.112

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	03 MES	2026 AÑO	QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
CONSORCIO INTERCONEXION BETE				CONSORCIO INTERCONEXION BETE			
CIU (Actividad Económica) del empleador:							
4321 - INSTALACIONES ELÉCTRICAS.							
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	
MENA PALACIOS WILSON				MASCULINO	51 AÑOS 3 MESES 0 DÍAS	CC	11803609
						Tipo	Número
Cargo							
OFICIOS VARIOS							
EPS		AFP		ARL			
NO REFIERE		NO REFIERE		NO REFIERE			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
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:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES		
		SVE OSTEOMUSCULAR					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL, CON ENFASIS OSTEROMUSCULAR SIN ALTERACIONES APARENTES							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: CC: 1130636205 - SANDRA YOLADIS ASPRILLA R. M.: 1130636205 L.S.O.: 2018060031157				 Código de Seguridad E781K1Q17112			
				Firma: _____ Nombre: MENA PALACIOS WILSON CC: 11803609			



GRUPO MÉDICO CH IPS.

SALUD EN BUENAS MANOS.

NIT. 901853863-8

LIC. SST 27520

CONCEPTO DE APTITUD POR EXAMEN DE: INGRESO

Empresa Afiliadora: 5 CONSORCIO INTERCONEXION BETE

Nombre: WILSON VALENTIN PANTOJA VARGAS

No. CC 1086017604

Empresa Usaria: CONSORCIO INTERCONEXION BETE Fecha Nac. 23/04/1990 Sexo: M

Edad: 35 años Nro. Hijos: 1 Escolaridad: Secundaria

Estado civil: SOLTERA(O) Servicio Militar: NO

Dir: 27001 NARIÑO PASTO

Tel: 3108986517 -

Estrato Socioeconómico: 1

Cargo a Desempeñar: Tecnico

Antigüedad en el cargo: Dias

Antigüedad en la empresa: Dias

E.P.S.: SIN EPS ARL:



Fecha Atención 10/03/2026

Fecha Impresión 11/03/2026

Pag. 1

CONCEPTO DE APTITUD SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se realiza examen Médico Ocupacional, con énfasis en Osteomuscular, piel y mucosa; durante el examen físico evidencio paciente sin limitaciones físicas, conserva ángulos de movimientos, al igual que tono y fuerza muscular y sensibilidad, tiene presente y conservados reflejos osteotendinosos.

En el momento no presenta alguna limitación física y funcional para realizar su cargo

Se indican estilos de vida saludables: dormir bien de 6- 8 horas periodo nocturno, no bebidas alcohólicas, ni tabaco, etc. Evitar consumo de alimentos ricos en azúcar, grasas, sodio, aumentar la ingesta de agua, frutas, verduras y proteínas.

SE REALIZA

VISIOMETRIA :NORMAL

AUDIOMETRIA: DEBE UTILIZAR PROTECCION AUDITIVA EN AMBIENTES CON RUIDO ELEVADO

LABORATORIOS: HEMOGRAMA - PERFIL LIPIDICO- GLICEMIA (COLESTEROL TOTAL , LDL , HDL ,TRIGLICERIDOS) NORMALES

CERTIFICACION DE APTITUD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS: de acuerdo a las respuestas dadas en el cuestionario de declaratoria de estado de salud para trabajo en alturas, al resultado de la audiometría, de los exámenes de Laboratorio Clínico y la evaluación medica realizada , que incluyó un completo examen osteomuscular y las pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático para descartar vértigo, se considera que en caso de requerirse, ES APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS, con previa capacitación, entrega de dotación de seguridad requerida, entrenamiento adecuado y la implementación de listas de chequeo para verificar las condiciones de seguridad y de salud, acorde con lo establecido en la Resolución 4272 de 2021 por la cual se establece el reglamento de seguridad para la protección contra caídas en trabajo en alturas del Ministerio de Trabajo. Es importante destacar que el trabajador NO refiere episodios de vértigo ni crisis de epilepsia actuales, ni el consumo de sustancias psicoactivas.

RECOMENDACIONES GENERALES:

1. Realizar el seguimiento, controles y verificación de las medidas preventivas definidas en el Programa de Conservación de la Voz.
2. No debe utilizar audífonos de ninguna clase para escuchar música.
3. Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la realización de su trabajo.
4. Realizar entrenamientos continuos sobre la mecánica corporal adecuada para realizar las diferentes tareas de su ocupación.
5. La silla que se utilice siempre debe tener espaldas y si es posible reposabrazos, si la jornada laboral es más del 60% sentado digitando y además debe permitir la adecuada postura del trabajador en todo momento.
6. Implementar el programa empresarial de pausas activas, con actividades de al menos 5 minutos cada hora.



Wilson Pantoja V

Firma Medico Especialista

Profesional: ISABEL CRISTINA PALACIOS CUESTA Registro: 27061

Firma Trabajador, huella digital C.C.

Certifico que los datos suministrados son verídicos.

Dir. Calle 30 # 8 - 30 Quibdó Chocó Tels. 3207683803

CONCEPTO DE APTITUD SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

7. Implementar las siguientes medidas de prevención de patologías de la voz: -Al inicio de la jornada laboral hacer ejercicios de calentamiento de la voz y respiratorios; -Tomar de manera continua pequeños sorbos de agua al clima mientras labora; -Por ningún motivo debe carraspear o fumar o permanecer en ambientes con fumadores; -No exponerse a cambios bruscos de temperatura; -No consumir alimentos muy calientes o muy fríos; -Disminuir el consumo de alimentos irritantes o picantes; -Usar el nivel de voz más bajo posible y por ningún motivo gritar; -Procurar no gritar, imitar voces o hablar en sitios ruidosos; -Realizar periodos de descanso conversacional durante su jornada laboral; -Evitar exponerse a humos y a los contaminantes en general.
8. Cuando trabaje con pantallas de video terminales, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones: -Parpadee cada 5 segundos o cada vez que lo recuerde; -Aproximadamente cada 20 minutos de trabajo con el computador dirija su mirada a un punto lejano (6 metros); -Cada 3 horas de trabajo en computador, cierre los ojos suavemente e imagine una visión panorámica, como el mar, durante un minuto; -Sitúese siempre a por lo menos 40 cms. de la pantalla de videoterminal y evite reflejos molestos; -Procure que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación, acorde con las exigencias del oficio.
9. Realizar el seguimiento definido en el programa de Prevención de riesgos psicosociales.

Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerio de trabajo y de Salud y Protección Social), reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones del aspirante.

También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO LABORAL del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el medico examinador de las exigencias de la Ley para el examen médico laboral, por consiguiente, certifico que he autorizado para que se me efectúe, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas para clínicas que estén establecidas para el cargo de Salud Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución 2346/07). El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, esta conozca el certificado médico ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.

CERTIFICACION DEL TRABAJADOR: Bajo la gravedad del juramento afirmo que la información que suministre es correcta y no he ocultado nada sobre mi historia de salud y/o ocupacional y me comprometo a atender las orientaciones y prescripciones del Medico Laboral y de Trabajo, los representantes del empleador, las autoridades de salud y efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento y mejor mi estado de salud.

RECOMENDACIONES GENERALES:

1. Asistir a la capacitación, participar en las actividades de entrenamiento y reentrenamiento programados por el empleador y aprobar satisfactoriamente las evaluaciones.
2. Cumplir todos los procedimientos establecidos.
3. Informar sobre cualquier condición de salud que le genere restricciones antes de realizar cualquier tipo de trabajo.
4. Utilizar las medidas de prevención y protección contra caídas. (De acuerdo a su labor, piso mojado, escaleras, suelo inestable, o sillas no seguras)
5. No usar ni consumir estupefacientes o sustancias psicotrópicas durante el desarrollo de su actividad (DECRETO 1108 de 1994) o fuera de su trabajo.
6. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la práctica de actividad deportiva, acorde con su interés, estado físico y condiciones de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.



Wilson Pantoya V

Firma Medico Especialista

Profesional: ISABEL CRISTINA PALACIOS CUEST Registro: 27061

Firma Trabajador, huella digital C.C.
Certifico que los datos suministrados son verídicos.