Integral Servicios Laborales IPS SAS

NIT: 901.708.292-2

Dirección: Calle 7 #2-29,33,37

Cel: 310 780 9193 Tel: (601) 8436243



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 106.828

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	02 MES	2026 AÑO	FACATATIVÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PRE-INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
LP INGENIERÍA & CONSTRUCCIONES SAS	LP INGENIERÍA & CONSTRUCCIONES SAS

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4210 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL.

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 RODRIGUEZ YESID	MASCULINO	25 AÑOS 10 MESES 30 DÍAS	CC (Tipo)	1003688381 (Número)

Cargo

OPERARIO DE OFICIOS VARIOS

EPS	AFP	ARL
COMPENSAR	PROTECCION	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESARROLLAR LA LABOR

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	✓	AUDIOMETRÍA	✓
OPTOMETRÍA	✓	ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PESO: 72
TALLA: 181
IMC: 22

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: Fabian Vasquez P. Medico Esp. Salud Ocupacional U.C.C. R.M. 4838 - L.S.O. 2953

Nombre: CC: 7631796 - FABIAN VASQUEZG

R. M.: 04838-2007 L.S.O.: 2593-24/06/2020

Código de Seguridad: J1488P1V106828

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GONZALEZ RODRIGUEZ YESID

CC: 1003688381