CONSORCIO VIAS SARARE 2025
NIT: 901997518-1

CVS_SVNA_2026_007_008

ANEXO 1. EXÁMENES DE INGRESO

SARAVENA, CARRERA 20A No. 27-56 B. JARDIN 311 839 5440 consorcioviasarare2025@gmail.com

3895

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.025

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	12 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO VIAS SARARE 2025	CONSORCIO VIAS SARARE 2025

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	
ARCINIEGAS ARIAS HARLEY DAVINSON	MASCULINO	29 AÑOS 11 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	1094276608 (Número)

Cargo: **REPRESENTANTE LEGAL**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD 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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

IZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE TRONCO, MIEMBROS SUPERIORES, E INFERIORES ANTE DE INICIAR SUS ACTIVIDADES LABORES Y AL CULMINAR LA JORNADA LABORAL. AYUDARA A MITIGAR ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES
TENER ENCUENTA ERGONOMIA COROPORAL EN SU SITIO DE TRABAJO.
SUGERIMOS TENER PERIODOS DE PAUSAS ACTIVAS CADA 4 HORAS EN LOS CUALES DEBE REALIZAR EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO DE CUELLO, MIEMBROS SUPERIORES Y MIEMBRO INFERIORES.
BUENA PRACTICA DE HIGIENE POSTURAL
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS PARA EL CARGO
EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE Y SUS MÚSCULOS FUERTES O COMBINE EJERCICIO, COMO NADAR.

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 ver idicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Zoraida Garavito Molina Medica UDES RM 1 116.867 172

Nombre: CC: 1116867172 - ZORAIDA GARAVITO

R. M.: 1116867172 **L.S.O.:** 810077

Código de Seguridad: M1526S1Y2025

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ARCINIEGAS ARIAS HARLEY DAVINSON

CC: 1094276608

3896

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



Nº 2.039

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	12 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO VIAS SARARE 2025	CONSORCIO VIAS SARARE 2025

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	
BARBOSA ORTEGA ERIKA FERNANDA	FEMENINO	24 AÑOS 5 MESES 21 DÍAS	CC (Tipo)	100554273 (Número)

Cargo: **AUX CONTABLE**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PORVENIR	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD 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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

AS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE TRONCO, MIEMBROS SUPERIORES, E INFERIORES ANTE DE INICIAR SUS ACTIVIDADES LABORES Y AL CULMINAR LA JORNADA LABORAL. AYUDARA A MITIGAR ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES
BUENA PRACTICA DE HIGIENE POSTURAL
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUIERIDOS PARA EL CARGO
EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE Y SUS MÚSCULOS FUERTES O COMBINE EJERCICIO, COMO NADAR.

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 mi 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

Zoraida Garavito Melon
Médica UDES
RM 1116867172

Firma: _____

Nombre: CC: 1116867172 - ZORAIDA GARAVITO

R. M.: 1116867172 L.S.O.: 810077

Código de Seguridad
O1526U1A2039

Aspirante o Trabajador

ERIKA ORTEGA

Firma: _____

Nombre: BARBOSA ORTEGA ERIKA FERNANDA

CC: 100554273

3897

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



N° 2.027

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	12 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO VIAS SARARE 2025	CONSORCIO VIAS SARARE 2025

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	
BARRANGAN MENDOZA JAIRO ALEXANDER	MASCULINO	43 AÑOS 4 MESES 17 DÍAS	CC Tipo	80109920 Número

Cargo

ING HIDRAULICO

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD 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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	OTROS	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE TRONCO, MIEMBROS SUPERIORES, E INFERIORES ANTE DE INICIAR SUS ACTIVIDADES LABORES Y AL CULMINAR LA JORNADA LABORAL. AYUDARA A MITIGAR ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES
TENER ENCUENTA ERGONOMIA COROPORAL EN SU SITIO DE TRABAJO.
SUGERIMOS TENER PERIODOS DE PAUSAS ACTIVAS CADA 4 HORAS EN LOS CUALES DEBE REALIZAR EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO DE CUELLO, MIEMBROS SUPERIORES Y MIEMBRO INFERIORES.
BUENA PRACTICA DE HIGIENE POSTURAL
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS PARA EL CARGO
EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE Y SUS MÚSCULOS FUERTES O COMBINE EJERCICIO, COMO NADAR.

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

Firma: Zoraida Garavito Mendoza Médico UDES RM 1 116.867 172

Nombre: CC: 1116867172 - ZORAIDA GARAVITO

R. M.: 1116867172 L.S.O.: 810077

Código de Seguridad F1526L1R2027

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: BARRANGAN MENDOZA JAIRO ALEXANDER

CC: 80109920

3898

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



N° 1.944

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	12 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO VIAS SARARE 2025	CONSORCIO VIAS SARARE 2025

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	
CONTRERAS CELON JONSSON JULIAN	MASCULINO	30 AÑOS 6 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	1115738967 (Número)

Cargo: **INGENIERO CIVIL**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD 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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SEGUIR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, PAUSAS ACTIVAS , HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIONES DE ACUERDO A RIESGOS , USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIONES , LAVADO DE MANOS BAJAR DE PESO CON DIETA Y EJERCICIO CITA POR NUTRICION EN EPS

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

Dr. Saul Manosalva
Medico General
Universidad Antonio Nariño

Firma:

Nombre: CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA

R. M.: 1116795475 **L.S.O.:** 8101274

Código de Seguridad
J1526P1V1944

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CONTRERAS CELON JONSSON JULIAN

CC: 1115738967

3899

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.026

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	12 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO VIAS SARARE 2025	CONSORCIO VIAS SARARE 2025

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	
DELGADO MONTAGUU JOAQUIN EDUARDO	MASCULINO	51 AÑOS 6 MESES 0 DÍAS	CC (Tipo)	88215089 (Número)

Cargo

ESPECIALISTA EN GEOTECNICA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PROTECCION	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD 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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	OTROS	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE TRONCO, MIEMBROS SUPERIORES, E INFERIORES ANTE DE INICIAR SUS ACTIVIDADES LABORES Y AL CULMINAR LA JORNADA LABORAL. AYUDARA A MITIGAR ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES
TENER ENCUENTA ERGONOMIA COROPORAL EN SU SITIO DE TRABAJO.
SUGERIMOS TENER PERIODOS DE PAUSAS ACTIVAS CADA 4 HORAS EN LOS CUALES DEBE REALIZAR EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO DE CUELLO, MIEMBROS SUPERIORES Y MIEMBRO INFERIORES.
BUENA PRACTICA DE HIGIENE POSTURAL
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUIERIDOS PARA EL CARGO
EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE Y SUS MÚSCULOS FUERTES O COMBINE EJERCICIO, COMO NADAR.

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: Zoraida Garavito Melen Médica UDES RM 1116867172

Nombre: CC: 1116867172 - ZORAIDA GARAVITO

R. M.: 1116867172 L.S.O.: 810077

Código de Seguridad: M1526S1Y2026

Aspirante o Trabajador

Firma: Joaquin Eduardo M.

Nombre: DELGADO MONTAGUU JOAQUIN EDUARDO

CC: 88215089

3900

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1694

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	16 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO VIAS SARARE 2025	CONSORCIO VIAS SARARE 2025

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GARCIA BELTRAN JHONNATHAN ALEXIS	MASCULINO	33 AÑOS 10 MESES 21 DÍAS	CC (Tipo)	1098716716 (Número)

Cargo: INGENIERO CIVIL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO ASIGNADO**

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	OTROS.	HACER EJERCICIO, LLEVAR DIETA BALENCEADA.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE, DIETA BALANCEADA

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: Dra. Tatiana Rios Esteban

Nombre: RIOS ESTEBAN LEIDY TATIANA

R. M.: 1098764381 **L.S.O.:** 0038

Código de Seguridad N1482X4J684

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GARCIA BELTRAN JHONNATHAN ALEXIS

CC: 1098716716

3901

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.024

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	12 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO VIAS SARARE 2025	CONSORCIO VIAS SARARE 2025

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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
GARRIDO RIVERO CAMILO ANDRES	MASCULINO	33 AÑOS 5 MESES 14 DÍAS	CC (Tipo)	1094269468 (Número)

Cargo

PROFESIONAL HSEQ

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD 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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	OTROS	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE TRONCO, MIEMBROS SUPERIORES, E INFERIORES ANTE DE INICIAR SUS ACTIVIDADES LABORES Y AL CULMINAR LA JORNADA LABORAL. AYUDARA A MITIGAR ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES
TENER ENCUENTA ERGONOMIA COROPORAL EN SU SITIO DE TRABAJO.
SUGERIMOS TENER PERIODOS DE PAUSAS ACTIVAS CADA 4 HORAS EN LOS CUALES DEBE REALIZAR EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO DE CUELLO, MIEMBROS SUPERIORES Y MIEMBRO INFERIORES.
BUENA PRACTICA DE HIGIENE POSTURAL
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUIERIDOS PARA EL CARGO
EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE Y SUS MÚSCULOS FUERTES O COMBINE EJERCICIO, COMO NADAR.

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

Zoraida Garavito Melo
Medica UDES
RM 1 116 867 172

Firma:

Nombre: CC: 1116867172 - ZORAIDA GARAVITO

R. M.: 1116867172 **L.S.O.:** 810077

Código de Seguridad
U1526A1G2024

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GARRIDO RIVERO CAMILO ANDRES

CC: 1094269468

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N°682

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	12 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

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

CONSORCIO VIAS SARARE 2025	CONSORCIO VIAS SARARE 2025
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)

GUTIERREZ VACCA HORLEYDA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	36 AÑOS 03 MESES 23 DÍAS	CC	1116496517
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo: CONTADOR PUBLICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO ASIGNADO

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	OTROS.	DIETA BALANCEADA.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA: REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y MEJORAR POSTURAS

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: Dra. Tatiana Rios Esteban

Nombre: RIOS ESTEBAN LEIDY TATIANA

R. M.: 1098764381 L.S.O.: 0038

Código de Seguridad
N1549X1T682

Aspirante o Trabajador

Firma: HORLEYDA GUTIERREZ V.

Nombre: GUTIERREZ VACCA HORLEYDA

CC: 1116496517

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1,940

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	12 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO VIAS SARARE 2025	CONSORCIO VIAS SARARE 2025

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
LOPEZ PATIÑO HENRY ALIRIO	MASCULINO	40 AÑOS 0 MESES 13 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1057570839

Cargo
ING ESTRUCTURAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON PATOLOGÍA QUE NO RESTRINGE 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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA:
REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE TRONCO, MIEMBROS SUPERIORES, E INFERIORES ANTE DE INICIAR SUS ACTIVIDADES LABORES Y AL CULMINAR LA JORNADA LABORAL. AYUDARA A MITIGAR ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES
TENER ENCUENTA ERGONOMIA COROPORAL EN SU SITIO DE TRABAJO.SUGERIMOS TENER PERIODOS DE PAUSAS ACTIVAS CADA 4 HORAS EN LOS CUALES REALICE LOS EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO DE CUELLO Y MIEMBROS SUPERIORES
BUENA PRACTICA DE HIGIENE POSTURAL
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUIERIDOS PARA EL CARGO
EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE Y SUS MÚSCULOS FUERTES O COMBINE EJERCICIO, COMO NADAR.
CONTROL DE PESO

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

Zoraida Garavito Melon
Médica UDES
RM 1.116.867.172

Firma:

Nombre: CC: 1116867172 - ZORAIDA GARAVITO

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LOPEZ PATIÑO HENRY ALIRIO

3904

R. M.: 1116867172	L.S.O.: 810077	Código de Seguridad E1526K1Q1940	CC: 1057570839

3905

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 709

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	12 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO VIAS SARARE 2025	CONSORCIO VIAS SARARE 2025

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
OCHOA JESSICA LILIBETH	FEMENINO	37 AÑOS 04 MESES 13 DÍAS	CC (Tipo)	1098658689 (Número)

Cargo: SECRETARIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO ASIGNADO**

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACION POR EPS: OFTALMOLOGIA		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y MEJORAR POSTURAS EN EL LUGAR DE TRABAJO.

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 mi 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: Dra. Tatiana Rios Esteban

Nombre: RIOS ESTEBAN LEIDY TATIANA

R. M.: 1098764381 L.S.O.: 0038

Código de Seguridad: N1526T1Z709

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: OCHOA JESSICA LILIBETH

CC: 1098658689

3906

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



N° 2.141

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	12 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO VIAS SARARE 2025	CONSORCIO VIAS SARARE 2025

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	
PAEZ GARCIA FERNEY ALFONSO	MASCULINO	36 AÑOS 0 MESES 30 DÍAS	CC (Tipo)	1098684323 (Número)

Cargo: **INSPECTOR DE OBRA**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD 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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE TRONCO, MIEMBROS SUPERIORES, E INFERIORES ANTE DE INICIAR SUS ACTIVIDADES LABORES Y AL CULMINAR LA JORNADA LABORAL. AYUDARA A MITIGAR ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES
BUENA PRACTICA DE HIGIENE POSTURAL
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUIERIDOS PARA EL CARGO
EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE Y SUS MÚSCULOS FUERTES O COMBINE EJERCICIO, COMO NADAR.

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

Zoraida Garavito Meléndez
MÉDICA UDES
RM 1 116.867 172

Firma:

Nombre: CC: 1116867172 - ZORAIDA GARAVITO

R. M.: 1116867172 **L.S.O.:** 810077

Código de Seguridad
O1526U1A2141

Aspirante o Trabajador

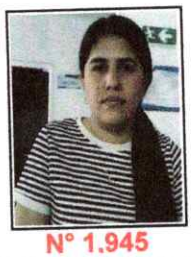
Firma:

Nombre: PAEZ GARCIA FERNEY ALFONSO

CC: 1098684323

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



N° 1.945

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	12 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO VIAS SARARE 2025	CONSORCIO VIAS SARARE 2025

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	
PAEZ GOMEZ KAREN ANDREA	FEMENINO	31 AÑOS 4 MESES 2 DÍAS	CC (Tipo)	1116866428 (Número)

Cargo: **ING AMBIENTAL**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD 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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE TRONCO, MIEMBROS SUPERIORES, E INFERIORES ANTE DE INICIAR SUS ACTIVIDADES LABORES Y AL CULMINAR LA JORNADA LABORAL. AYUDARA A MITIGAR ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES
TENER ENCUENTA ERGONOMIA COROPORAL EN SU SITIO DE TRABAJO.
SUGERIMOS TENER PERIODOS DE PAUSAS ACTIVAS CADA 4 HORAS EN LOS CUALES DEBE APLICAR LOS EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO.
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS PARA EL CARGO
EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE Y SUS MÚSCULOS FUERTES O COMBINE EJERCICIO, COMO NADAR

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

Dr. Saul Manosalva
Medico General
Especialista en Salud

Firma:

Nombre: CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA

R. M.: 1116795475 **L.S.O.:** 8101274

Código de Seguridad
L1526R1X1945

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PAEZ GOMEZ KAREN ANDREA

CC: 1116866428

3908

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



N° 2.022

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	12 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO VIAS SARARE 2025	CONSORCIO VIAS SARARE 2025

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	
PINEDA CADENA FRANCISCO JAVIER	MASCULINO	36 AÑOS 3 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	1085049388 (Número)

Cargo: **DIRECTOR DE OBRA**

EPS	AFP	ARL
SURA	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD 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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
	OTROS	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE TRONCO, MIEMBROS SUPERIORES, E INFERIORES ANTE DE INICIAR SUS ACTIVIDADES LABORES Y AL CULMINAR LA JORNADA LABORAL. AYUDARA A MITIGAR ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES
TENER ENCUENTA ERGONOMIA COROPORAL EN SU SITIO DE TRABAJO.
SUGERIMOS TENER PERIODOS DE PAUSAS ACTIVAS CADA 4 HORAS EN LOS CUALES DEBE REALIZAR EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO DE CUELLO, MIEMBROS SUPERIORES Y MIEMBRO INFERIORES.
BUENA PRACTICA DE HIGIENE POSTURAL
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUIERIDOS PARA EL CARGO
EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE Y SUS MÚSCULOS FUERTES O COMBINE EJERCICIO, COMO NADAR.

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: Zoraida Garavito Melo — Médica UDES RM 1116867172

Nombre: CC: 1116867172 - ZORAIDA GARAVITO

R. M.: 1116867172 L.S.O.: 810077

Código de Seguridad: L1526R1X2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Francisco J. Pineda Cadena

Nombre: PINEDA CADENA FRANCISCO JAVIER

CC: 1085049388

3909

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



Nº 2.023

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	12 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO VIAS SARARE 2025	CONSORCIO VIAS SARARE 2025

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	
QUIÑONEZ REYES EDGAR AUGUSTO	MASCULINO	29 AÑOS 6 MESES 18 DÍAS	CC (Tipo)	1049395893 (Número)

Cargo: **INSPECTOR**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD 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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	OTROS	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE TRONCO, MIEMBROS SUPERIORES, E INFERIORES ANTE DE INICIAR SUS ACTIVIDADES LABORES Y AL CULMINAR LA JORNADA LABORAL. AYUDARA A MITIGAR ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES
TENER ENCUENTA ERGONOMIA COROPORAL EN SU SITIO DE TRABAJO.
SUGERIMOS TENER PERIODOS DE PAUSAS ACTIVAS CADA 4 HORAS EN LOS CUALES DEBE REALIZAR EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO DE CUELLO, MIEMBROS SUPERIORES Y MIEMBRO INFERIORES.
BUENA PRACTICA DE HIGIENE POSTURAL
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUIERIDOS PARA EL CARGO
EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE Y SUS MÚSCULOS FUERTES O COMBINE EJERCICIO, COMO NADAR.

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: Zoraida Garavito Médica UDES RM 1 116 867 172

Nombre: CC: 1116867172 - ZORAIDA GARAVITO

R. M.: 1116867172 L.S.O.: 810077

Código de Seguridad: B1526H1N2023

Aspirante o Trabajador

Firma: Edgar A. Quiñonez

Nombre: QUIÑONEZ REYES EDGAR AUGUSTO

CC: 1049395893

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.029

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	12 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO VIAS SARARE 2025	CONSORCIO VIAS SARARE 2025

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	
PEREZ LOPEZ JOHAN SEBASTIAN	MASCULINO	23 AÑOS 6 MESES 25 DÍAS	CC (Tipo)	1006408948 (Número)

Cargo: **MACENISTA**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD 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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SEGUIR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, PAUSAS ACTIVAS , HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIONES DE ACUERDO A RIESGOS , USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIONES , LAVADO DE MANOS

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: Dr. Saul Manosalva Médico General Universidad Antonio Nariño

Nombre: CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA

R. M.: 1116795475 L.S.O.: 8101274

Código de Seguridad: A1526G1M1727

Aspirante o Trabajador

Firma: SEBASTIAN PEREZ

Nombre: PEREZ LOPEZ JOHAN SEBASTIAN

CC: 1006408948

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



3911

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.080

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	12 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONSORCIO VIAS SARARE 2025	CONSORCIO VIAS SARARE 2025

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	
PINEDA MESA HUGO ELIDE	MASCULINO	64 AÑOS 5 MESES 26 DÍAS	CC (Tipo)	79332900 (Número)

Cargo

MAESTRO

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	NO REFIERE	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON PATOLOGÍA QUE NO RESTRINGE 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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	SVE CARDIOVASCULAR	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
ESPECIALISTA		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SEGUIR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, PAUSAS ACTIVAS , HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIONES DE ACUERDO A RIESGOS , USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIONES , LAVADO DE MANOS
VALORACIÓN POR EPS Y ESTUDIOS CON IMAGEN COMPLEMENTARIOS
EVITAR REALIZAR TAREAS QUE GENEREN IMPACTO SOBRE REGIÓN ABDOMINAL
CITA POR EPS POR MEDICINA ESPECIALIZADA
EVITAR LEVANTAR CARGA MAYOR A 12.5 KG
CITA POR ESPECILISTA EN EPS
EVITAR TAREAS DE ALTO IMPACTO CARDIOVASCULAR

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: 	Código de Seguridad	Firma: 
Nombre: CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA		Nombre: PINEDA MESA HUGO ELIDE
R. M.: 1116795475 L.S.O.: 8101274	G1526M1S2080	CC: 79332900

3912