5258



# ANEXO 1. EXÁMENES DE INGRESO

5259

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° 2.076

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 02 DÍA | 03 MES | 2026 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 | |
|---|---|---|---|---|
| BARRERA RODRIGUEZ GILBERTO IGNACIO | MASCULINO | 51 AÑOS 0 MESES 8 DÍAS | CC (Tipo) | 79776905 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE**

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

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 Especialista en Atención Prehospitalaria

**Nombre:** CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA

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

**Código de Seguridad**
T1526Z1F2076

**Aspirante o Trabajador**

Firma: Gilberto

**Nombre:** BARRERA RODRIGUEZ GILBERTO IGNACIO

**CC:** 79776905

5260

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° 2.078

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 09 DÍA | 03 MES | 2026 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 | |
|---|---|---|---|---|
| VANEGAS GARCIA HONORIO | MASCULINO | 37 AÑOS 5 MESES 0 DÍAS | CC (Tipo) | 1098661305 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NUEVA EPS | COLFONDOS | 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 |
| | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | 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**

Dr. Saul Manosalva
Medico Cirujano
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
CC 1116795475

Firma: _____

Nombre: CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA

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

Código de Seguridad
Y1526E1K2078

**Aspirante o Trabajador**

Firma: _____

Nombre: VANEGAS GARCIA HONORIO

CC: 1098661305

5261

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° 2.075

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 11 DÍA | 03 MES | 2026 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 | |
|---|---|---|---|---|
| BARON MORENO YEINER | MASCULINO | 29 AÑOS 9 MESES 16 DÍAS | CC (Tipo) | 1115740815 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NUEVA EPS | NO REFIERE | 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 |
| | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | 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**

Dr. Saul Manosalva
Medico General
Universidad Antonio Nariño
CC 1116795475

**Firma:**

**Nombre:** CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA

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

**Código de Seguridad**
U1526A1G2075

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** BARON MORENO YEINER

**CC:** 1115740815

5262

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° 2.081

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 11 DÍA | 03 MES | 2026 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 | |
|---|---|---|---|---|
| BETANCUR RODRIGUEZ ZORAIDA | FEMENINO | 37 AÑOS 0 MESES 23 DÍAS | CC (Tipo) | 1010083151 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE**

| 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<br>FORTALECIMIENTO MUSCULAR<br>CONTROL DE PESO<br>ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA<br>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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Dr. Saul Manosalva
Medico General
Universidad Antonio Nariño
CC 1116 795 475

Firma:

Nombre: CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA

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

Código de Seguridad
I1526O1U2081

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: BETANCUR RODRIGUEZ ZORAIDA

CC: 1010083151

5263

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° 2.077

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 11 DÍA | 03 MES | 2026 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 | |
|---|---|---|---|---|
| PINTO RUIZ JOHN CLEMERSON | MASCULINO | 22 AÑOS 11 MESES 23 DÍAS | CC (Tipo) | 1005061837 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NUEVA EPS | NO REFIERE | 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 | DEJAR DE FUMAR |
| | | HÁBITOS SALUDABLES |
| | | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | | CONTROL DE PESO |
| | | 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 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**

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
L1526R1X2077

**Aspirante o Trabajador**

Clemerson Pinto

Firma: _____

Nombre: PINTO RUIZ JOHN CLEMERSON

CC: 1005061837

5264

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



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.074

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 11 DÍA | 03 MES | 2026 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 | |
|---|---|---|---|---|
| SIERRA LOZANO ALEXIS | MASCULINO | 38 AÑOS 7 MESES 15 DÍAS | CC (Tipo) | 1098639062 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE**

| 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 |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES<br>FORTALECIMIENTO MUSCULAR<br>CONTROL DE PESO<br>ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA<br>HACER DEPORTE<br>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**

Dr. Saul Manosalva
Medico General
Universidad Antonio Nariño
CC 1116795475

**Firma:**

**Nombre:** CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA

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

**Código de Seguridad**
X1526D1J2074

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** SIERRA LOZANO ALEXIS

**CC:** 1098639062

5265

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° 2.085

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 13 DÍA | 03 MES | 2026 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 | |
|---|---|---|---|---|
| VELANDIA MORA YEFERSON DEIBY | MASCULINO | 29 AÑOS 3 MESES 13 DÍAS | CC (Tipo) | 1115740924 (Número) |

Cargo: **OFIAL DE CONSTRUCCION**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NUEVA EPS | NO REFIERE | 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 |
| | SVE CARDIOVASCULAR | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | | CONTROL DE PESO |
| | | 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 BAJAR DE PESO CON DIETA Y EJERCICIO

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 Especialista Auditor en Salud

Nombre: CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA

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

Código de Seguridad: V1526B1H2085

**Aspirante o Trabajador**

Firma: yeferson del

Nombre: VELANDIA MORA YEFERSON DEIBY

CC: 1115740924

5266

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° 2.084

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 13 DÍA | 03 MES | 2026 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 | |
|---|---|---|---|---|
| GOMEZ GELVEZ JOSE BENANCIO | MASCULINO | 61 AÑOS 2 MESES 14 DÍAS | CC (Tipo) | 17529621 (Número) |

Cargo

**OFIACIAL DE OBRA**

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

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 | HÁBITOS SALUDABLES |
| | | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | | CONTROL DE PESO |
| | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | 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 CITA POR NUTRICION Y DIETETICA EVITAR REALIZAR DE ALTO IMPACTO MUSCULAR

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 Cirujano
Universidad Antioquia
CC 1116795475

**Firma:**

**Nombre:** CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA

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

**Código de Seguridad**
K1526Q1W2084

**Aspirante o Trabajador**

Jose Gomez

**Firma:**

**Nombre:** GOMEZ GELVEZ JOSE BENANCIO

**CC:** 17529621

5267

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° 2.107

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 17 DÍA | 03 MES | 2026 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 | |
|---|---|---|---|---|
| BALLEN GOMEZ HIPOLITO | MASCULINO | 57 AÑOS 10 MESES 10 DÍAS | CC (Tipo) | 96186178 (Número) |

Cargo

**OFICIAL**

| 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 |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | | 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 BAJAR DE PESO CON DIETA Y EJERCICIO

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**

Dr. Saul Manosalva
Médico General
Universidad Antonio Nariño
RM: 1116 795 475

**Firma:**

**Nombre:** CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA

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

**Código de Seguridad**
H1526N1T2107

**Aspirante o Trabajador**

Hipolito

**Firma:**

**Nombre:** BALLEN GOMEZ HIPOLITO

**CC:** 96186178

5268

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° 2.106

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 17 DÍA | 03 MES | 2026 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 | |
|---|---|---|---|---|
| UNCACIA RAMIREZ MANUEL FERNANDO | MASCULINO | 19 AÑOS 1 MESES 19 DÍAS | CC (Tipo) | 1115727453 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NUEVA EPS | NO REFIERE | 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 |
| | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | 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**

Dr. Saul Manosalva
Medico General
Especialista Ambiental

Firma:

Nombre: CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA

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

Código de Seguridad
G1526M1S2106

**Aspirante o Trabajador**

Manuel Fernando

Firma:

Nombre: UNCACIA RAMIREZ MANUEL FERNANDO

CC: 1115727453

5269

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° 2.103

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 17 DÍA | 03 MES | 2026 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 VILLAMIZAR CESAR ALIRIO | MASCULINO | 35 AÑOS 9 MESES 20 DÍAS | CC (Tipo) | 1093753875 (Número) |

Cargo

**CELADOR**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| COOSALUD | 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 |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | | CONTROL DE PESO |
| | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | 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**

Dr. Saul Manosalva
Medico General
Universidad Antonio Nariño
CC 1116 795 475

**Firma:**

**Nombre:** CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA

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

**Código de Seguridad**
D1526J1P2103

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** QUIÑONEZ VILLAMIZAR CESAR ALIRIO

**CC:** 1093753875

5270

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° 2.105

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 17 DÍA | 03 MES | 2026 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 | |
|---|---|---|---|---|
| PARADA TORRES ISVAN YOHANY | MASCULINO | 41 AÑOS 10 MESES 14 DÍAS | CC (Tipo) | 88146739 (Número) |

Cargo

**OFICIAL**

| 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 |
| | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | 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**

Dr. Saul Manosalva
Medico General
Universidad Antonio Nariño
CC 1116795475

Firma:

Nombre: CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA

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

Código de Seguridad
H1526N1T2105

**Aspirante o Trabajador**

Isvan yoan

Firma:

Nombre: PARADA TORRES ISVAN YOHANY

CC: 88146739

5271

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 2.112

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 18 DÍA | 03 MES | 2026 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 | |
|---|---|---|---|---|
| MERCHAN ANGARITA FRAIDEL YORJADIS | MASCULINO | 29 AÑOS 3 MESES 13 DÍAS | CC (Tipo) | 1115740945 (Número) |

Cargo: **AYUDANTE DE OBRA**

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

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 | HÁBITOS SALUDABLES |
| | SVE AUDITIVO | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | CAPACITACIÓN | CONTROL DE PESO |
| | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | 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
ADAPTACION DE ADECUADA SEÑALIZACION VISUAL, ADAPTACIONES DE COMUNICACIÓN Y CAPACITACION PARA FAVORECER COMUNICACION NO VERBAL, ACOMPAÑAMIENTO EN TAREAS DE RIESGO Y PROTOCOLOS DE EMERGENCIA INCLUSIVOS TENIENDO EN CUENTA DISPACIDAD AUDITIVA Y VERBAL, SUPERVISIÓN DE TAREAS POR HSEQ

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
Médico General
Universidad Antonio Nariño

Firma:

Nombre: CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA

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

Código de Seguridad
B1526H1N2112

**Aspirante o Trabajador**

Firma: Fraidel M

Nombre: MERCHAN ANGARITA FRAIDEL YORJADIS

CC: 1115740945

5272

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° 2,109

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 18 DÍA | 03 MES | 2026 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 | |
|---|---|---|---|---|
| RAMIREZ LIZARAZO GABRIELINA | FEMENINO | 38 AÑOS 1 MESES 29 DÍAS | CC (Tipo) | 1115723735 (Número) |

Cargo

**AYUDAN DE OBRA**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NUEVA EPS | NO REFIERE | 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 |
| | | 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 BAJAR DE PESO CON DIETA Y EJERCICIO

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**
D1526J1P2109

**Aspirante o Trabajador**

Gabrielina

**Firma:**

**Nombre:** RAMIREZ LIZARAZO GABRIELINA

**CC:** 1115723735

5273

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° 2.111

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 18 DÍA | 03 MES | 2026 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 | |
|---|---|---|---|---|
| BELTRAN CRUZ ALEJANDRO | MASCULINO | 46 AÑOS 5 MESES 16 DÍAS | CC (Tipo) | 8814677 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE**

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

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
Seguridad y Salud en el Trabajo
CC 1116 795 475

**Firma:**

**Nombre:** CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA

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

**Código de Seguridad**
K1526Q1W2111

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** BELTRAN CRUZ ALEJANDRO

**CC:** 8814677

5274

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° 2.181

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 25 DÍA | 03 MES | 2026 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 | |
|---|---|---|---|---|
| BECERRA VALCARCEL KLEIDER ESNEEY | MASCULINO | 18 AÑOS 5 MESES 18 DÍAS | CC (Tipo) | 1115729414 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE DE OBRA**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NUEVA EPS | NO REFIERE | 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 |
| | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | 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**

Dr. Saul Manosalva
Medico Cirujano
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
CC 1116795475

**Firma:**

**Nombre:** CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA

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

**Código de Seguridad**
B1526H1N2181

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:** KLEIDER ESNEEY

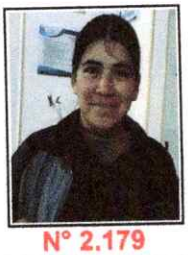
**Nombre:** BECERRA VALCARCEL KLEIDER ESNEEY

**CC:** 1115729414

5275

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° 2.179

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 25 DÍA | 03 MES | 2026 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 | |
|---|---|---|---|---|
| DIAZ SUTA ECDICA YALICDI | FEMENINO | 29 AÑOS 3 MESES 29 DÍAS | CC (Tipo) | 1007191131 (Número) |

Cargo

**AYUDANTE DE OBRA**

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

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**

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**
F1526L1R2179

**Aspirante o Trabajador**

ccdica D·az

**Firma:**

**Nombre:** DIAZ SUTA ECDICA YALICDI

**CC:** 1007191131

5276

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° 1,698

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 26 DÍA | 03 MES | 2026 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 | CONSORCIO VIAS SARARE. |

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

**4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| MUÑOZ BENJAMIN | MASCULINO | 60 AÑOS 11 MESES 21 DÍAS | CC Tipo | 91461379 Número |

Cargo

**OFICIAL**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| COOSALUD | 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 |
|---|---|---|
| VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | OTROS | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | 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 APLICAR LOS EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO.
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**

Dra. Tatiana Ríos Esteban

**Firma:**

**Nombre:** CC: 1098764381 - LEIDY TATIANA RIOS

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

**Código de Seguridad**
X1423J1K1698

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** MUÑOZ BENJAMIN

**CC:** 91461379