SABSALUD IPS S.A.S.
Nit: 901536005-6
Dirección: Cra 6#7-94 barrio centro
Cel: 300 834 6960
Email: infosabsalud@gmail.com
Zipaquira - cundinamarca



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 9.455

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	05 MES	2026 AÑO	ZIPAQUIRÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION DE PRE-INGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
UNION TEMPORAL INFRA FERREA	UNION TEMPORAL INFRA FERREA

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	
ARROYO TORRES AGUSTIN	MASCULINO	30 AÑOS 11 MESES 21 DÍAS	CC (Tipo)	1065827053 (Número)

Cargo

AUXILIAR DE VIA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PORVENIR	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIÓN PARA REALIZAR SU LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACION DE PRE-INGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	ESPIROMETRIA CFV SIMPLE	✓
AUDIOMETRÍA	✓	VISIOMETRIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	LAVARSE LAS MANOS CON AGUA Y JABÓN DESINFECTANTE, ANTES DURANTE Y AL FINALIZAR SUS ACTIVIDADES	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ASIGNADOS A SU LABOR.	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
ESPIROMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE RECOMIENDA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
	SE RECOMIENDA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS	REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MIN / SEMANA SEGUN INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA
	USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	SE RECOMIENDA MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y 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:

Nombre: CC: 1075668859 - CAMILA NIETO

R. M.: 1075668859 **L.S.O.:** 25-0237

Código de Seguridad
O1482U1A9455

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ARROYO TORRES AGUSTIN

CC: 1065827053