MEDIPAZ IPS

NIT. 830.136.311-5

MEDIPAZ IPS

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

FECHA:01/07/2026

TIPO DE EXAMEN: **INGRESO** [X] **PERIODICO** [ ] **RETIRO** [ ]

INFORMACION GENERAL:



NOMBRE DEL TRABAJADOR: ABELARDO RODRIGUEZ ORDEÑEZ **Sexo:** [M]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C [X] **T.I.** [ ] **C.E** [ ] **NUMERO:** 80.278.097 **Edad: 57 AÑOS**

EPS: Famisanar **CARGO:** Ayudante

Empresa: CONSTRUCCIONES SOBRE LA ROCA RR SAS **NIT:**901606065-9

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO			RESULTADO			OBSERVACIONES
GLICEMIA			NORMAL			
PERFIL LIPIDICO			NORMAL			
PSICOTEST DE ALTURAS			NORMAL			
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			NORMAL			
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
ESPIROMETRIA (KNUDSON)			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
OPTOMETRIA			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
HEMOCLASIFICACION	O+	**ESTATURA**	1.62 CM	**PESO**	80 KG	

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS **SI** [ ] **NO** [X] **Tratamiento:** **SI** [ ] **NO** [X] **¿Cuál?**_____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO
APTO PARA EL CARGO [X] **APTO PARA TRABAJAR ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS** [X] **APTO CON RESTRICCIONES** [ ]
NO APTO [ ]
OBSERVACIONES:
EXAMEN PERIODICO
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO SI [ ] **NO** [ ] **REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL SI** [ ] **NO** [ ]
APTO PARA TRABAJAR ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [ ]
OBSERVACIONES:
EXAMEN DE EGRESO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso? SI [ ] **NO** [ ] **CUAL:**
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador? SI [ ] **NO** [ ]

RECOMENDACIONES: 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 asesoria brindada. Entiendo que la realizacion 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 veridicas. Autorizo al Doctor (a) para que suministre a las personas o entidades complementadas 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 leido y comprendido perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Responsable: Dra. Karen Liseft Ibañez Hernandez
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147508
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FIRMA PACIENTE

MEDIPAZ IPS

NIT. 830.136.311-5

MEDIPAZ IPS

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y/O ESPACIOS CONFINADOS)

FECHA:01/07/2026

TIPO DE EXAMEN: **INGRESO** [X] **PERIODICO** [ ] **RETIRO** [ ]

INFORMACION GENERAL:



NOMBRE DEL TRABAJADOR: LEON NILSON USME HERNANDEZ **Sexo:** [M]

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C [X] **T.I.** [ ] **C.E** [ ] **NUMERO:** 10.187.285 **Edad: 46 AÑOS**

EPS: Salud Total **CARGO:** Ayudante

Empresa: CONSTRUCCIONES SOBRE LA ROCA RR SAS **NIT:** 901606065-9

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXÁMEN REALIZADO			RESULTADO			OBSERVACIONES
GLICEMIA			NORMAL			
PERFIL LIPIDICO			NORMAL			
PSICOTEST DE ALTURAS			NORMAL			
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			NORMAL			
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)			SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL			
ESPIROMETRIA (KNUDSON)			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
OPTOMETRIA			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS			SIN PATOLOGÍA OCUPACIONAL			
HEMOCLASIFICACION	O +	**ESTATURA**	1.71 CM	**PESO**	75 KG	

CONCLUSIONES

1. RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS **SI** [ ] **NO** [X] **Tratamiento:** **SI** [ ] **NO** [X] **¿Cuál?**_____

2. Otras Recomendaciones: REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO-CAPACITACIONES SEGÚN CARGO, HACER PERIÓDICAMENTE LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO
APTO PARA EL CARGO [X] **APTO PARA TRABAJAR ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS** [X] **APTO CON RESTRICCIONES** [ ]
NO APTO [ ]
OBSERVACIONES:
EXAMEN PERIODICO
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO **SI** [ ] **NO** [ ] **REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL** **SI** [ ] **NO** [ ]
APTO PARA TRABAJAR ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS [ ]
OBSERVACIONES:
EXAMEN DE EGRESO
¿Se encuentran alteraciones clínicas con respecto al examen de ingreso? **SI** [ ] **NO** [ ] **CUAL:**
¿Estas alteraciones afectan la futura capacidad laboral del trabajador? **SI** [ ] **NO** [ ]

RECOMENDACIONES: 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 asesoria brindada. Entiendo que la realizacion 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 veridicas. Autorizo al Doctor (a) para que suministre a las personas o entidades complementadas 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 leido y comprendido perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Responsable: Dra. Karen Liseth Ibañez Hernandez
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147508
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FIRMA PACIENTE

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento

R&L SEGURIDAD EN EL TRABAJO MEDICINA OCUPACIONAL	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL	CODIGO: FO-GO-02 VERSION:06 FECHA: ENERO 2026

FECHA: 30/06/2026 **26-14216**

INFORMACION GENERAL

EMPRESA USUARIA: UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026 **Nit:** 901995102

ACTIVIDAD ECONOMICA CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL

NOMBRE:	MABEL ELIZA CERON CAMPO	**DOCUMENTO:**	1108120362
FECHA DE NACIMIENTO:	04/12/1984	**LUGAR DE NACIMIENTO:**	ROVIRA TOLIMA
EDAD:	41 AÑOS	**IDENTIDAD DE GENERO**	FEMENINO
ESTADO CIVIL:	SOLTERO	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	OFICIOS VARIOS - PARE Y SIGA
DIRECCION ACTUAL:	VEREDA MONDECO	**MUNICIPIO:**	PALOCABILDO
EPS:	NUEVA EPS	**ESCOLARIDAD:**	PRIMARIA
AFP:		**ARL:**	
GRUPO SANGUINEO	O+	**TELEFONO:**	3133026936
ACOMPAÑANTE	SIN ACOMPAÑANTE		

** La información de responsable es suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.

TIPO DE EXAMEN

EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO	SI	EVALUACIONES MÉDICAS PERIÓDICAS	NA	EVALUACIÓN MÉDICA DE EGRESO (RETIRO)	NA
EVALUACIÓN MÉDICA POST-INCAPACIDAD	NA	EVALUACIÓN MÉDICA POR RETORNO LABORAL	NA	EVALUACIÓN MÉDICA DE SEGUIMIENTO O DE CONTROL	NA

EXAMEN REALIZADO

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	SI	ÉNFASIS EN ALTURAS	NA	ÉNFASIS EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	NA	LABORATORIOS	
		ENFASIS ESPACIOS CONFINADOS	NA	KOH UÑAS	NA	GLICEMIA	NA
OTRAS		AUDIOMETRIA	SI	FROTIS FARÍNGEO	NA	COLESTEROL	NA
PRUEBA PSICOLOGICA	NA	VISIOMETRIA	SI	COPROLÓGICO	NA	TRIGLICÉRIDOS	NA
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	NA	ESPIROMETRIA	SI			PARCIAL DE ORINA	NA
ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)	NA	GLICEMIA	NA			CUADRO HEMÁTICO	NA
RADIOGRAFIA DE TORAX	NA	COLESTEROL	NA			HEMOCLASIFICACION	NA
RADIOGRAFIA DE COLUMNA	NA	TRIGLICERIDOS	NA			CREATININA	NA
ENFASIS EN CONDUCCION	NA					BUN	NA
						SEROLOGÍA	NA
						PERFIL LIPIDICO	NA
						COLINESTERASA	NA
						PRUEBAS SPA	NA

CONCEPTO MEDICO

Normal: Si: **No: X** **Remisión: No:** **Si: X** **EPS: X** **ARL:**

CONCLUSIONES OCUPACIONALES		OBSERVACIONES
Recomendable	X	NA
Recomendable Sin restricción con recomendaciones	NA	NA
Recomendable con restricción. No interfiere con su trabajo.	NA	NA
Recomendable con restricción que limita su trabajo.	NA	NA
Aplazado	NA	NA
No recomendable	NA	NA

Requiere reubicación: Si: **No: X** **Restricciones Si:** **No:**

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIAS

NA

RECOMENDACIONES GENERALES

Inducción adecuada al cargo a desempeñar
Utilizar EPP - Pausas activas - Higiene postural y de columna - Protección visual y auditiva
Manejo adecuado de cargas - Estilos de vida saludable - Ejercicio - Dieta baja en grasa
HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LA VALORACION, SE SUGIERE CONTROL POR EPS. INCLUIR EN PVE CARDIOVASCULAR. REQUIERE USO DE CORRECCION VISUAL A NECESIDAD.

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

OBSERVACIONES FINALES

NA

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca algun tipo de enfermedad en caso de presentar alguna síntomatologia, será pertinente realizar una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y especificas según proceso su productivo y sector económico, en el marco del Sistema de seguridad y Salud en el trabajo de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad y Social.
Bajo la gravedad del juramento afirmo que toda la información anteriormente suministrada es correcta y que no he ocultado nada sobre mi historia de salud. En caso de existir alguna inexactitud por omisión o a causa del interesado, se hará acreedor a las sanciones previstas por la Ley.

FIRMA DEL PACIENTE	HUELLA DEL PACIENTE	FOTO	FIRMA MD ESP. GSST
Mabel Eliza Ceron Campo C.C. N° 1108 120 362			MD. RICARDO A. ROMERO L ESP SST - 3488 MD. RICARDO ALBERTO ROMERO LASCANO RM-23555 LIC-3488

La Historia Clínica Médico Ocupacional es un documento estrictamente confidencial, sometido a reserva de información, por lo que la custodia de las historias clínicas ocupacionales, documentos, exámenes o valoraciones paraclínicas estará a cargo del prestador del servicio de salud ocupacional que la genero, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo de acuerdo a las normas legales vigentes para la historia clínica (Res 2346/2007 art. 16/Res 1918/2009 art 17-1)

R&L SEGURIDAD EN EL TRABAJO MEDICINA OCUPACIONAL	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL	CODIGO: FO-GO-02 VERSION:06 FECHA: ENERO 2026

FECHA: 30/06/2026 **26-14213**

INFORMACION GENERAL

EMPRESA USUARIA: UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026 **Nit:** 901995102

ACTIVIDAD ECONOMICA CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL

NOMBRE:	JESUS ALFONSO DIAZ SUESCA	**DOCUMENTO:**	1005755518
FECHA DE NACIMIENTO:	24/06/2001	**LUGAR DE NACIMIENTO:**	IBAGUE TOLIMA
EDAD:	25 AÑOS	**IDENTIDAD DE GENERO**	MASCULINO
ESTADO CIVIL:	SOLTERO	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	CONDUCTOR VOLQUETA SENCILLA
DIRECCION ACTUAL:	VEREDA LOS ARRAYANES	**MUNICIPIO:**	PALOCABILDO
EPS:	FOMAG	**ESCOLARIDAD:**	PRIMARIA
AFP:		**ARL:**	
GRUPO SANGUINEO	B+	**TELEFONO:**	3214846838
ACOMPAÑANTE	SIN ACOMPAÑANTE		

** La información de responsable es suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.

TIPO DE EXAMEN

EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO	SI	EVALUACIONES MÉDICAS PERIÓDICAS	NA	EVALUACIÓN MÉDICA DE EGRESO (RETIRO)	NA
EVALUACIÓN MÉDICA POST-INCAPACIDAD	NA	EVALUACIÓN MÉDICA POR RETORNO LABORAL	NA	EVALUACIÓN MÉDICA DE SEGUIMIENTO O DE CONTROL	NA

EXAMEN REALIZADO

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	SI	ÉNFASIS EN ALTURAS	SI	ÉNFASIS EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	NA	LABORATORIOS	
		ENFASIS ESPACIOS CONFINADOS	NA	KOH UÑAS	NA	GLICEMIA	NA
OTRAS		AUDIOMETRIA	SI	FROTIS FARÍNGEO	NA	COLESTEROL	NA
PRUEBA PSICOLOGICA	NA	VISIOMETRIA	SI	COPROLÓGICO	NA	TRIGLICÉRIDOS	NA
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	SI	ESPIROMETRIA	SI			PARCIAL DE ORINA	NA
ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)	NA	GLICEMIA	SI			CUADRO HEMÁTICO	NA
RADIOGRAFIA DE TORAX	NA	PERFIL LIPIDICO	SI			HEMOCLASIFICACION	NA
RADIOGRAFIA DE COLUMNA	NA					CREATININA	NA
ENFASIS EN CONDUCCION	SI					BUN	NA
						SEROLOGÍA	NA
						PERFIL LIPIDICO	NA
						COLINESTERASA	NA
						PRUEBAS SPA	NA

CONCEPTO MEDICO

Normal: Si: **No: X** **Remisión: No:** **Si: X** **EPS: X** **ARL:**

CONCLUSIONES OCUPACIONALES		OBSERVACIONES
Recomendable	X	RECOMENDABLE PARA TRABAJO EN ALTURAS - RECOMENDABLE PARA OPERAR VEHICULO
Recomendable Sin restricción con recomendaciones	NA	NA
Recomendable con restricción. No interfiere con su trabajo.	NA	NA
Recomendable con restricción que limita su trabajo.	NA	NA
Aplazado	NA	NA
No recomendable	NA	NA

Requiere reubicación: Si: **No: X** **Restricciones Si:** **No:**

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIAS

NA

RECOMENDACIONES GENERALES

Inducción adecuada al cargo a desempeñar
Utilizar EPP - Pausas activas - Higiene postural y de columna - Protección visual y auditiva
Manejo adecuado de cargas - Estilos de vida saludable - Ejercicio - Dieta baja en grasa
HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LA VALORACION, SE SUGIERE CONTROL POR EPS. INCLUIR EN PVE CARDIOVASCULAR.

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

OBSERVACIONES FINALES

REPORTE EXAMENES DE LABORATORIO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. PRUEBA PSICOSENSOMETRICA: APTO PRESENTA APTITUD MENTAL Y COORDINACION PSICOMOTRIZ PARA DESEMPEÑAR FUNCIONES RELACIONADAS CON EL CARGO, CUMPLE CON LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS EN LA NORMA. RECOMENDABLE PARA TRABAJO EN ALTURAS. RECOMENDABLE PARA OPERAR VEHICULO.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca algun tipo de enfermedad en caso de presentar alguna síntomatologia, será pertinente realizar una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y especificas según proceso su productivo y sector económico, en el marco del Sistema de seguridad y Salud en el trabajo de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad y Social.
Bajo la gravedad del juramento afirmo que toda la información anteriormente suministrada es correcta y que no he ocultado nada sobre mi historia de salud. En caso de existir alguna inexactitud por omisión o a causa del interesado, se hará acreedor a las sanciones previstas por la Ley.

FIRMA DEL PACIENTE	HUELLA DEL PACIENTE	FOTO	FIRMA MD ESP. GSST
Jesus Alfonso Diaz C.C. N° 1005755518			MD. RICARDO A. ROMERO L ESP SST - 3488 MD. RICARDO ALBERTO ROMERO LASCANO RM-23555 LIC-3488

La Historia Clínica Médico Ocupacional es un documento estrictamente confidencial, sometido a reserva de información, por lo que la custodia de las historias clínicas ocupacionales, documentos, exámenes o valoraciones paraclínicas estará a cargo del prestador del servicio de salud ocupacional que la genero, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo de acuerdo a las normas legales vigentes para la historia clínica (Res 2346/2007 art. 16/Res 1918/2009 art 17-1)

R&L SEGURIDAD EN EL TRABAJO MEDICINA OCUPACIONAL	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL	CODIGO: FO-GO-02 VERSION:06 FECHA: ENERO 2026

FECHA: 6/07/2026 **26-14224**

INFORMACION GENERAL

EMPRESA USUARIA:	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026	**Nit:**	901995102
ACTIVIDAD ECONOMICA	CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL		
NOMBRE:	JHOINNER BELTRAN RODRIGUEZ	**DOCUMENTO:**	1005855965
FECHA DE NACIMIENTO:	15/01/2001	**LUGAR DE NACIMIENTO:**	PALOCABILDO TOLIMA
EDAD:	25 AÑOS	**IDENTIDAD DE GENERO**	MASCULINO
ESTADO CIVIL:	SOLTERO	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	CONDUCTOR VOLQUETA SENCILLA
DIRECCION ACTUAL:	BARRIO FATIMA	**MUNICIPIO:**	PALOCABILDO
EPS:	NUEVA EPS	**ESCOLARIDAD:**	BACHILLER
AFP:		**ARL:**	
GRUPO SANGUINEO	O+	**TELEFONO:**	3123706427
ACOMPAÑANTE	SIN ACOMPAÑANTE		

** La información de responsable es suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.

TIPO DE EXAMEN

EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO	SI	EVALUACIONES MÉDICAS PERIÓDICAS	NA	EVALUACIÓN MÉDICA DE EGRESO (RETIRO)	NA
EVALUACIÓN MÉDICA POST-INCAPACIDAD	NA	EVALUACIÓN MÉDICA POR RETORNO LABORAL	NA	EVALUACIÓN MÉDICA DE SEGUIMIENTO O DE CONTROL	NA

EXAMEN REALIZADO

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	SI	ÉNFASIS EN ALTURAS	SI	ÉNFASIS EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	NA	LABORATORIOS	
		ENFASIS ESPACIOS CONFINADOS	NA	KOH UÑAS	NA	GLICEMIA	NA
OTRAS		AUDIOMETRIA	SI	FROTIS FARÍNGEO	NA	COLESTEROL	NA
PRUEBA PSICOLOGICA	NA	VISIOMETRIA	SI	COPROLÓGICO	NA	TRIGLICÉRIDOS	NA
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	SI	ESPIROMETRIA	SI			PARCIAL DE ORINA	NA
ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)	NA	GLICEMIA	SI			CUADRO HEMÁTICO	NA
RADIOGRAFIA DE TORAX	NA	PERFIL LIPIDICO	SI			HEMOCLASIFICACION	NA
RADIOGRAFIA DE COLUMNA	NA					CREATININA	NA
ENFASIS EN CONDUCCION	SI					BUN	NA
						SEROLOGÍA	NA
						PERFIL LIPIDICO	NA
						COLINESTERASA	NA
						PRUEBAS SPA	NA

CONCEPTO MEDICO

Normal: Si: **No: X** | **Remisión: No:** **Si: X** **EPS: X** **ARL:**

CONCLUSIONES OCUPACIONALES		OBSERVACIONES
Recomendable	NA	RECOMENDABLE PARA TRABAJO EN ALTURAS - RECOMENDABLE PARA OPERAR VEHICULO
Recomendable Sin restricción con recomendaciones	NA	NA
Recomendable con restricción. No interfiere con su trabajo.	NA	NA
Recomendable con restricción que limita su trabajo.	NA	NA
Aplazado	NA	NA
No recomendable	NA	NA

Requiere reubicación: Si: **No: X** **Restricciones Si:** **No:**

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIAS

NA

RECOMENDACIONES GENERALES

Inducción adecuada al cargo a desempeñar
Utilizar EPP - Pausas activas - Higiene postural y de columna - Protección visual y auditiva
Manejo adecuado de cargas - Estilos de vida saludable - Ejercicio - Dieta baja en grasa
HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LA VALORACION, SE SUGIERE CONTROL POR EPS. INCLUIR EN PVE CARDIOVASCULAR. MANEJO DIETARIO. REQUIERE USO DE CORRECCION VISUAL A NECESIDAD. CONTROL DE LABORATORIO POSTERIOR A TRATAMIENTO.

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

OBSERVACIONES FINALES

REPORTE EXAMENES DE LABORATORIO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. PRUEBA PSICOSENSOMETRICA: APTO PRESENTA APTITUD MENTAL Y COORDINACION PSICOMOTRIZ PARA DESEMPEÑAR FUNCIONES RELACIONADAS CON EL CARGO, CUMPLE CON LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS EN LA NORMA. RECOMENDABLE PARA TRABAJO EN ALTURAS. RECOMENDABLE PARA OPERAR VEHICULO.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca algun tipo de enfermedad en caso de presentar alguna síntomatologia, será pertinente realizar una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y especificas según proceso su productivo y sector económico, en el marco del Sistema de seguridad y Salud en el trabajo de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad y Social.
Bajo la gravedad del juramento afirmo que toda la información anteriormente suministrada es correcta y que no he ocultado nada sobre mi historia de salud. En caso de existir alguna inexactitud por omisión o a causa del interesado, se hará acreedor a las sanciones previstas por la Ley.

FIRMA DEL PACIENTE	HUELLA DEL PACIENTE	FOTO	FIRMA MD ESP. GSST
Jhoima Beltrán C.C. N°1005855965			MD. RICARDO A. ROMERO L ESP SST - 3488 MD. RICARDO ALBERTO ROMERO LASCANO RM-23555 LIC-3488

La Historia Clínica Médico Ocupacional es un documento estrictamente confidencial, sometido a reserva de información, por lo que la custodia de las historias clínicas ocupacionales, documentos, exámenes o valoraciones paraclínicas estará a cargo del prestador del servicio de salud ocupacional que la genero, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo de acuerdo a las normas legales vigentes para la historia clínica (Res 2346/2007 art. 16/Res 1918/2009 art 17-1)

R&L SEGURIDAD EN EL TRABAJO MEDICINA OCUPACIONAL	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL	CODIGO: FO-GO-02 VERSION:06 FECHA: ENERO 2026

FECHA: 30/06/2026 **26-14215**

INFORMACION GENERAL

EMPRESA USUARIA:	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026	**Nit:**	901995102
ACTIVIDAD ECONOMICA	CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL		
NOMBRE:	LISETH YOHANA RUEDA BECERRA	**DOCUMENTO:**	1106948658
FECHA DE NACIMIENTO:	27/12/2005	**LUGAR DE NACIMIENTO:**	PALOCABILDO TOLIMA
EDAD:	20 AÑOS	**IDENTIDAD DE GENERO**	FEMENINO
ESTADO CIVIL:	SOLTERO	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	OFICIOS VARIOS - PARE Y SIGA
DIRECCION ACTUAL:	VEREDA PAVAS	**MUNICIPIO:**	PALOCABILDO
EPS:	ASMET SALUD	**ESCOLARIDAD:**	BACHILLER
AFP:		**ARL:**	
GRUPO SANGUINEO	O+	**TELEFONO:**	3166807370
ACOMPAÑANTE	SIN ACOMPAÑANTE		

** La información de responsable es suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.

TIPO DE EXAMEN

EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO	SI	EVALUACIONES MÉDICAS PERIÓDICAS	NA	EVALUACIÓN MÉDICA DE EGRESO (RETIRO)	NA
EVALUACIÓN MÉDICA POST-INCAPACIDAD	NA	EVALUACIÓN MÉDICA POR RETORNO LABORAL	NA	EVALUACIÓN MÉDICA DE SEGUIMIENTO O DE CONTROL	NA

EXAMEN REALIZADO

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	SI	ÉNFASIS EN ALTURAS	NA	ÉNFASIS EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	NA	LABORATORIOS	
		ENFASIS ESPACIOS CONFINADOS	NA	KOH UÑAS	NA	GLICEMIA	NA
OTRAS		AUDIOMETRIA	SI	FROTIS FARÍNGEO	NA	COLESTEROL	NA
PRUEBA PSICOLOGICA	NA	VISIOMETRIA	SI	COPROLÓGICO	NA	TRIGLICÉRIDOS	NA
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	NA	ESPIROMETRIA	SI			PARCIAL DE ORINA	NA
ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)	NA	GLICEMIA	NA			CUADRO HEMÁTICO	NA
RADIOGRAFIA DE TORAX	NA	COLESTEROL	NA			HEMOCLASIFICACION	NA
RADIOGRAFIA DE COLUMNA	NA	TRIGLICERIDOS	NA			CREATININA	NA
ENFASIS EN CONDUCCION	NA					BUN	NA
						SEROLOGÍA	NA
						PERFIL LIPIDICO	NA
						COLINESTERASA	NA
						PRUEBAS SPA	NA

CONCEPTO MEDICO

Normal: Si: X No: | **Remisión:** No: X Si: EPS: ARL:

CONCLUSIONES OCUPACIONALES		OBSERVACIONES
Recomendable	X	NA
Recomendable Sin restricción con recomendaciones	NA	NA
Recomendable con restricción. No interfiere con su trabajo.	NA	NA
Recomendable con restricción que limita su trabajo.	NA	NA
Aplazado	NA	NA
No recomendable	NA	NA

Requiere reubicación: Si: No: X **Restricciones** Si: No:

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIAS

NA

RECOMENDACIONES GENERALES

Inducción adecuada al cargo a desempeñar
Utilizar EPP - Pausas activas - Higiene postural y de columna - Protección visual y auditiva
Manejo adecuado de cargas - Estilos de vida saludable - Ejercicio - Dieta baja en grasa

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

OBSERVACIONES FINALES

NA

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca algun tipo de enfermedad en caso de presentar alguna síntomatologia, será pertinente realizar una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y especificas según proceso su productivo y sector económico, en el marco del Sistema de seguridad y Salud en el trabajo de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad y Social.
Bajo la gravedad del juramento afirmo que toda la información anteriormente suministrada es correcta y que no he ocultado nada sobre mi historia de salud. En caso de existir alguna inexactitud por omisión o a causa del interesado, se hará acreedor a las sanciones previstas por la Ley.

FIRMA DEL PACIENTE	HUELLA DEL PACIENTE	FOTO	FIRMA MD ESP. GSST
Liseth Johana Rueda C.C. N° 106 948658			MD. RICARDO A. ROMERO L ESP SST - 3488 MD. RICARDO ALBERTO ROMERO LASCANO RM-23555 LIC-3488

La Historia Clínica Médico Ocupacional es un documento estrictamente confidencial, sometido a reserva de información, por lo que la custodia de las historias clínicas ocupacionales, documentos, exámenes o valoraciones paraclínicas estará a cargo del prestador del servicio de salud ocupacional que la genero, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo de acuerdo a las normas legales vigentes para la historia clínica (Res 2346/2007 art. 16/Res 1918/2009 art 17-1)

R&L SEGURIDAD EN EL TRABAJO MEDICINA OCUPACIONAL	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL	CODIGO: FO-GO-02 VERSION:06 FECHA: ENERO 2026

FECHA: 30/06/2026 **26-14214**

INFORMACION GENERAL

EMPRESA USUARIA: UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026 **Nit:** 901995102

ACTIVIDAD ECONOMICA CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL

NOMBRE:	LUISA FERNANDA BOCANEGRA NISPERUZA	**DOCUMENTO:**	1000338764
FECHA DE NACIMIENTO:	01/08/2003	**LUGAR DE NACIMIENTO:**	BOGOTA D.C. CUNDINAMARCA
EDAD:	22 AÑOS	**IDENTIDAD DE GENERO**	FEMENINO
ESTADO CIVIL:	SOLTERO	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	OFICIOS VARIOS - PARE Y SIGA
DIRECCION ACTUAL:	CALLE MORALES	**MUNICIPIO:**	FALAN
EPS:	NUEVA EPS	**ESCOLARIDAD:**	BACHILLER
AFP:		**ARL:**	
GRUPO SANGUINEO	O+	**TELEFONO:**	3133302339
ACOMPAÑANTE	SIN ACOMPAÑANTE		

** La información de responsable es suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.

TIPO DE EXAMEN

EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO	SI	EVALUACIONES MÉDICAS PERIÓDICAS	NA	EVALUACIÓN MÉDICA DE EGRESO (RETIRO)	NA
EVALUACIÓN MÉDICA POST-INCAPACIDAD	NA	EVALUACIÓN MÉDICA POR RETORNO LABORAL	NA	EVALUACIÓN MÉDICA DE SEGUIMIENTO O DE CONTROL	NA

EXAMEN REALIZADO

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	SI	ÉNFASIS EN ALTURAS	NA	ÉNFASIS EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	NA	LABORATORIOS	
		ENFASIS ESPACIOS CONFINADOS	NA	KOH UÑAS	NA	GLICEMIA	NA
OTRAS		AUDIOMETRIA	SI	FROTIS FARÍNGEO	NA	COLESTEROL	NA
PRUEBA PSICOLOGICA	NA	VISIOMETRIA	SI	COPROLÓGICO	NA	TRIGLICÉRIDOS	NA
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	NA	ESPIROMETRIA	SI			PARCIAL DE ORINA	NA
ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)	NA	GLICEMIA	NA			CUADRO HEMÁTICO	NA
RADIOGRAFIA DE TORAX	NA	COLESTEROL	NA			HEMOCLASIFICACION	NA
RADIOGRAFIA DE COLUMNA	NA	TRIGLICERIDOS	NA			CREATININA	NA
ENFASIS EN CONDUCCION	NA					BUN	NA
						SEROLOGÍA	NA
						PERFIL LIPIDICO	NA
						COLINESTERASA	NA
						PRUEBAS SPA	NA

CONCEPTO MEDICO

Normal: Si: No: X **Remisión:** No: Si: X EPS: X ARL:

CONCLUSIONES OCUPACIONALES		OBSERVACIONES
Recomendable	X	NA
Recomendable Sin restricción con recomendaciones	NA	NA
Recomendable con restricción. No interfiere con su trabajo.	NA	NA
Recomendable con restricción que limita su trabajo.	NA	NA
Aplazado	NA	NA
No recomendable	NA	NA

Requiere reubicación: Si: No: X **Restricciones** Si: No:

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIAS

NA

RECOMENDACIONES GENERALES

Inducción adecuada al cargo a desempeñar
Utilizar EPP - Pausas activas - Higiene postural y de columna - Protección visual y auditiva
Manejo adecuado de cargas - Estilos de vida saludable - Ejercicio - Dieta baja en grasa
REQUIERE USO DE CORRECCION VISUAL A NECESIDAD.

RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

OBSERVACIONES FINALES

NA

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca algun tipo de enfermedad en caso de presentar alguna síntomatologia, será pertinente realizar una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y especificas según proceso su productivo y sector económico, en el marco del Sistema de seguridad y Salud en el trabajo de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad y Social.
Bajo la gravedad del juramento afirmo que toda la información anteriormente suministrada es correcta y que no he ocultado nada sobre mi historia de salud. En caso de existir alguna inexactitud por omisión o a causa del interesado, se hará acreedor a las sanciones previstas por la Ley.

FIRMA DEL PACIENTE	HUELLA DEL PACIENTE	FOTO	FIRMA MD ESP. GSST
Luisa Bocanegra. C.C. N° 1000387641.			MD. RICARDO A. ROMERO L. ESP SST - 3488 MD. RICARDO ALBERTO ROMERO LASCANO RM-23555 LIC-3488

La Historia Clínica Médico Ocupacional es un documento estrictamente confidencial, sometido a reserva de información, por lo que la custodia de las historias clínicas ocupacionales, documentos, exámenes o valoraciones paraclínicas estará a cargo del prestador del servicio de salud ocupacional que la genero, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo de acuerdo a las normas legales vigentes para la historia clínica (Res 2346/2007 art. 16/Res 1918/2009 art 17-1)

R&L SEGURIDAD EN EL TRABAJO MEDICINA OCUPACIONAL	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL	CODIGO: FO-GO-02 VERSION:06 FECHA: ENERO 2026

FECHA: 15/07/2026 **26-14246**

INFORMACION GENERAL

EMPRESA USUARIA:	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026	**Nit:**	901995102
ACTIVIDAD ECONOMICA	CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL		
NOMBRE:	OSCAR JAVIER FULA SALAZAR	**DOCUMENTO:**	1106332610
FECHA DE NACIMIENTO:	06/03/2006	**LUGAR DE NACIMIENTO:**	FALAN TOLIMA
EDAD:	20 AÑOS	**IDENTIDAD DE GENERO**	MASCULINO
ESTADO CIVIL:	SOLTERO	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	OFICIOS VARIOS - PORTERO
DIRECCION ACTUAL:	CALLE ARGETINA	**MUNICIPIO:**	FALAN
EPS:	SALUD TOTAL	**ESCOLARIDAD:**	BACHILLER
AFP:		**ARL:**	
GRUPO SANGUINEO	O+	**TELEFONO:**	3125512352/3143372748
ACOMPAÑANTE	SIN ACOMPAÑANTE		

** La información de responsable es suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.

TIPO DE EXAMEN

EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO	SI	EVALUACIONES MÉDICAS PERIÓDICAS	NA	EVALUACIÓN MÉDICA DE EGRESO (RETIRO)	NA
EVALUACIÓN MÉDICA POST-INCAPACIDAD	NA	EVALUACIÓN MÉDICA POR RETORNO LABORAL	NA	EVALUACIÓN MÉDICA DE SEGUIMIENTO O DE CONTROL	NA

EXAMEN REALIZADO

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	SI	ÉNFASIS EN ALTURAS	NA	ÉNFASIS EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	NA	LABORATORIOS	
		ENFASIS ESPACIOS CONFINADOS	NA	KOH UÑAS	NA	GLICEMIA	NA
OTRAS		AUDIOMETRIA	SI	FROTIS FARÍNGEO	NA	COLESTEROL	NA
PRUEBA PSICOLOGICA	NA	VISIOMETRIA	SI	COPROLÓGICO	NA	TRIGLICÉRIDOS	NA
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	NA	ESPIROMETRIA	SI			PARCIAL DE ORINA	NA
ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)	NA	GLICEMIA	NA			CUADRO HEMÁTICO	NA
RADIOGRAFIA DE TORAX	NA	COLESTEROL	NA			HEMOCLASIFICACION	NA
RADIOGRAFIA DE COLUMNA	NA	TRIGLICERIDOS	NA			CREATININA	NA
ENFASIS EN CONDUCCION	NA					BUN	NA
						SEROLOGÍA	NA
						PERFIL LIPIDICO	NA
						COLINESTERASA	NA
						PRUEBAS SPA	NA

CONCEPTO MEDICO

Normal: Si: No: X | **Remisión:** No: Si: X EPS: X ARL:

CONCLUSIONES OCUPACIONALES		OBSERVACIONES
Recomendable	NA	NA
Recomendable Sin restricción con recomendaciones	X	NA
Recomendable con restricción. No interfiere con su trabajo.	NA	NA
Recomendable con restricción que limita su trabajo.	NA	NA
Aplazado	NA	NA
No recomendable	NA	NA

Requiere reubicación: Si: No: X **Restricciones** Si: No:

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIAS

INCLUIR AL TRABAJADOR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA APLICABLES A LOS RIESGOS DEL CARGO, ESPECIALMENTE BIOMECÁNICO Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
CAPACITAR EN TÉCNICAS SEGURAS PARA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS, PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO.
PROMOVER LA REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.
VERIFICAR EL USO PERMANENTE Y ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.
REALIZAR SEGUIMIENTO PERIÓDICO DEL ESTADO NUTRICIONAL Y DE LA CONDICIÓN FÍSICA EN LOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES.
FOMENTAR LA REALIZACIÓN DE EVALUACIÓN VISUAL PERIÓDICA COMO PARTE DEL SEGUIMIENTO OCUPACIONAL.

CONDUCTAS OCUPACIONALES CORRECTIVAS:
REALIZAR VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA PARA ESTABLECER UN REGISTRO BASAL DE LA FUNCIÓN VISUAL Y DEFINIR LA NECESIDAD DE SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO, SI APLICA.
REALIZAR SEGUIMIENTO OCUPACIONAL DE LA CONDICIÓN FUNCIONAL DE LA MANO DURANTE LOS EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS, VERIFICANDO QUE NO EXISTAN LIMITACIONES PARA LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL CARGO.
REEVALUAR LA APTITUD MÉDICO-LABORAL EN CASO DE PRESENTARSE CAMBIOS EN LA CONDICIÓN FUNCIONAL O NUEVOS HALLAZGOS CLÍNICOS.

RECOMENDACIONES GENERALES

Inducción adecuada al cargo a desempeñar
Utilizar EPP - Pausas activas - Higiene postural y de columna - Protección visual y auditiva
Manejo adecuado de cargas - Estilos de vida saludable - Ejercicio - Dieta baja en grasa
MANTENER HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE MEDIANTE ALIMENTACIÓN BALANCEADA, ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR Y CONTROL PERIÓDICO DEL PESO CORPORAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL PARA DISMINUIR LA FATIGA MUSCULAR Y FAVORECER LA MOVILIDAD.
APLICAR TÉCNICAS ADECUADAS DE HIGIENE POSTURAL Y MECÁNICA CORPORAL DURANTE LA MANIPULACIÓN DE CARGAS, DESPLAZAMIENTO DE OBJETOS Y DEMÁS ACTIVIDADES PROPIAS DEL CARGO.
UTILIZAR PERMANENTEMENTE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA, DE ACUERDO CON LOS RIESGOS INHERENTES AL CARGO.
ASISTIR A VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA COMO EVALUACIÓN VISUAL DE BASE, AUN EN AUSENCIA DE SÍNTOMAS, Y REALIZAR CONTROLES PERIÓDICOS SEGÚN CRITERIO DEL PROFESIONAL TRATANTE.
MANTENER ADECUADA HIDRATACIÓN DURANTE LA JORNADA LABORAL.

RESTRICCIONES

NO PRESENTA RESTRICCIONES MÉDICO-LABORALES PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN.

OBSERVACIONES FINALES

TRABAJADOR DE 20 AÑOS DE EDAD QUE INGRESA AL CARGO DE OFICIOS VARIOS – PORTERO. DURANTE LA VALORACIÓN MÉDICO-OCUPACIONAL SE IDENTIFICAN CONDICIONES QUE REQUIEREN MEDIDAS GENERALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SEGUIMIENTO OCUPACIONAL; SIN EMBARGO, NO SE EVIDENCIAN LIMITACIONES FUNCIONALES QUE INTERFIERAN CON EL DESEMPEÑO SEGURO Y EFICIENTE DE LAS FUNCIONES PROPIAS DEL CARGO. SE RECOMIENDA CUMPLIR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS ESTABLECIDAS POR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, ASISTIR A LA VALORACIÓN VISUAL DE BASE Y MANTENER SEGUIMIENTO PERIÓDICO MEDIANTE LOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca algun tipo de enfermedad en caso de presentar alguna síntomatologia, será pertinente realizar una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y especificas según proceso su productivo y sector económico, en el marco del Sistema de seguridad y Salud en el trabajo de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad y Social.
Bajo la gravedad del juramento afirmo que toda la información anteriormente suministrada es correcta y que no he ocultado nada sobre mi historia de salud. En caso de existir alguna inexactitud por omisión o a causa del interesado, se hará acreedor a las sanciones previstas por la Ley.

FIRMA DEL PACIENTE	HUELLA DEL PACIENTE	FOTO	FIRMA MD ESP. GSST
Oscar Fulo C.C. N° 1106332610			MD. RICARDO A. ROMERO L ESP SST - 3488 MD. RICARDO ALBERTO ROMERO LASCANO RM-23555 LIC-3488

La Historia Clínica Médico Ocupacional es un documento estrictamente confidencial, sometido a reserva de información, por lo que la custodia de las historias clínicas ocupacionales, documentos, exámenes o valoraciones paraclínicas estará a cargo del prestador del servicio de salud ocupacional que la genero, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo de acuerdo a las normas legales vigentes para la historia clínica (Res 2346/2007 art. 16/Res 1918/2009 art 17-1)

R&L SEGURIDAD EN EL TRABAJO MEDICINA OCUPACIONAL	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL	CODIGO: FO-GO-02 VERSION:06 FECHA: ENERO 2026

FECHA: 15/07/2026 **26-14248**

INFORMACION GENERAL

EMPRESA USUARIA: UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026 **Nit:** 901995102

ACTIVIDAD ECONOMICA CONSTRUCCION DE CARRETERAS Y VIAS DE FERROCARRIL

NOMBRE:	YARMINSON SERNA CARDENAS	**DOCUMENTO:**	1109298988
FECHA DE NACIMIENTO:	12/08/1994	**LUGAR DE NACIMIENTO:**	SAMANA CALDAS
EDAD:	32 AÑOS	**IDENTIDAD DE GENERO**	MASCULINO
ESTADO CIVIL:	SOLTERO	**CARGO A DESEMPEÑAR:**	OFICIOS VARIOS - PORTERO
DIRECCION ACTUAL:	VEREDA LA LINDA FINCA LA ARGELIA	**MUNICIPIO:**	FALAN
EPS:	NUEVA EPS	**ESCOLARIDAD:**	BACHILLER
AFP:		**ARL:**	
GRUPO SANGUINEO	O+	**TELEFONO:**	3224248336
ACOMPAÑANTE	SIN ACOMPAÑANTE		

** La información de responsable es suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.

TIPO DE EXAMEN

EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO	SI	EVALUACIONES MÉDICAS PERIÓDICAS	NA	EVALUACIÓN MÉDICA DE EGRESO (RETIRO)	NA
EVALUACIÓN MÉDICA POST-INCAPACIDAD	NA	EVALUACIÓN MÉDICA POR RETORNO LABORAL	NA	EVALUACIÓN MÉDICA DE SEGUIMIENTO O DE CONTROL	NA

EXAMEN REALIZADO

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	SI	ÉNFASIS EN ALTURAS	NA	ÉNFASIS EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	NA	LABORATORIOS	
		ENFASIS ESPACIOS CONFINADOS	NA	KOH UÑAS	NA	GLICEMIA	NA
OTRAS		AUDIOMETRIA	SI	FROTIS FARÍNGEO	NA	COLESTEROL	NA
PRUEBA PSICOLOGICA	NA	VISIOMETRIA	SI	COPROLÓGICO	NA	TRIGLICÉRIDOS	NA
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	NA	ESPIROMETRIA	SI			PARCIAL DE ORINA	NA
ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)	NA	GLICEMIA	NA			CUADRO HEMÁTICO	NA
RADIOGRAFIA DE TORAX	NA	COLESTEROL	NA			HEMOCLASIFICACION	NA
RADIOGRAFIA DE COLUMNA	NA	TRIGLICERIDOS	NA			CREATININA	NA
ENFASIS EN CONDUCCION	NA					BUN	NA
						SEROLOGÍA	NA
						PERFIL LIPIDICO	NA
						COLINESTERASA	NA
						PRUEBAS SPA	NA

CONCEPTO MEDICO

Normal: Si: **No: X** **Remisión: No:** **Si: X** **EPS: X** **ARL:**

CONCLUSIONES OCUPACIONALES		OBSERVACIONES
Recomendable	NA	NA
Recomendable Sin restricción con recomendaciones	X	NA
Recomendable con restricción. No interfiere con su trabajo.	NA	NA
Recomendable con restricción que limita su trabajo.	NA	NA
Aplazado	NA	NA
No recomendable	NA	NA

Requiere reubicación: Si: **No: X** **Restricciones Si:** **No:**

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIAS

INCLUIR AL TRABAJADOR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA APLICABLES A LOS RIESGOS DEL CARGO, ESPECIALMENTE RIESGO BIOMECÁNICO Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
CAPACITAR EN TÉCNICAS SEGURAS PARA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y AUTOCUIDADO.
PROMOVER LA REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.
VERIFICAR EL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.
REALIZAR SEGUIMIENTO PERIÓDICO DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE LOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES.
PROMOVER CONTROLES VISUALES PERIÓDICOS PARA MANTENER UNA ADECUADA CAPACIDAD FUNCIONAL ACORDE CON LAS EXIGENCIAS DEL CARGO.

CONDUCTAS OCUPACIONALES CORRECTIVAS:
PROGRAMAR VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA COMO CONTROL VISUAL PERIÓDICO, DE ACUERDO CON EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ÚLTIMA EVALUACIÓN.
REALIZAR SEGUIMIENTO OCUPACIONAL EN LOS EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS PARA VERIFICAR LA EVOLUCIÓN DE LA CONDICIÓN DE SALUD Y DETECTAR OPORTUNAMENTE CAMBIOS QUE PUEDAN AFECTAR EL DESEMPEÑO LABORAL.
REEVALUAR LA APTITUD MÉDICO-LABORAL SI SE PRESENTAN CAMBIOS CLÍNICOS O FUNCIONALES QUE PUEDAN MODIFICAR LAS CONDICIONES DE DESEMPEÑO DEL CARGO.

RECOMENDACIONES GENERALES

Inducción adecuada al cargo a desempeñar
Utilizar EPP - Pausas activas - Higiene postural y de columna - Protección visual y auditiva
Manejo adecuado de cargas - Estilos de vida saludable - Ejercicio - Dieta baja en grasa
MANTENER HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE MEDIANTE ALIMENTACIÓN BALANCEADA, ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR Y CONTROL PERIÓDICO DEL PESO CORPORAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL PARA PREVENIR FATIGA Y TRASTORNOS OSTEOMUSCULARES.
APLICAR TÉCNICAS ADECUADAS DE HIGIENE POSTURAL Y MECÁNICA CORPORAL DURANTE LA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS Y DEMÁS ACTIVIDADES PROPIAS DEL CARGO.
UTILIZAR PERMANENTEMENTE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA, DE ACUERDO CON LOS RIESGOS INHERENTES AL CARGO.
REALIZAR VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA DE CONTROL, TENIENDO EN CUENTA EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ÚLTIMA EVALUACIÓN VISUAL, Y CONTINUAR LOS CONTROLES CON LA PERIODICIDAD INDICADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE.
MANTENER ADECUADA HIDRATACIÓN DURANTE LA JORNADA LABORAL.

RESTRICCIONES

NO PRESENTA RESTRICCIONES MÉDICO-LABORALES PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN.

OBSERVACIONES FINALES

TRABAJADOR DE 32 AÑOS DE EDAD QUE INGRESA AL CARGO DE OFICIOS VARIOS – PORTERO. DURANTE LA VALORACIÓN MÉDICO-OCUPACIONAL SE IDENTIFICAN CONDICIONES DE SALUD QUE REQUIEREN MEDIDAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SEGUIMIENTO PREVENTIVO; SIN EMBARGO, AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN NO SE EVIDENCIAN LIMITACIONES FUNCIONALES QUE INTERFIERAN CON EL DESEMPEÑO SEGURO Y EFICIENTE DE LAS FUNCIONES PROPIAS DEL CARGO. SE RECOMIENDA MANTENER HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, REALIZAR CONTROL VISUAL PERIÓDICO Y CUMPLIR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS ESTABLECIDAS POR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca algun tipo de enfermedad en caso de presentar alguna síntomatologia, será pertinente realizar una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y especificas según proceso su productivo y sector económico, en el marco del Sistema de seguridad y Salud en el trabajo de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad y Social.
Bajo la gravedad del juramento afirmo que toda la información anteriormente suministrada es correcta y que no he ocultado nada sobre mi historia de salud. En caso de existir alguna inexactitud por omisión o a causa del interesado, se hará acreedor a las sanciones previstas por la Ley.

FIRMA DEL PACIENTE	HUELLA DEL PACIENTE	FOTO	FIRMA MD ESP. GSST
C.C. N° 1.109.298.988			MD. RICARDO A. ROMERO L. ESP. SST - 3488 MD. RICARDO ALBERTO ROMERO LASCANO RM-23555 LIC-3488

La Historia Clínica Médico Ocupacional es un documento estrictamente confidencial, sometido a reserva de información, por lo que la custodia de las historias clínicas ocupacionales, documentos, exámenes o valoraciones paraclínicas estará a cargo del prestador del servicio de salud ocupacional que la genero, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo de acuerdo a las normas legales vigentes para la historia clínica (Res 2346/2007 art. 16/Res 1918/2009 art 17-1)

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

EVALUACION OCUPACIONAL PARA CONDUCTORES
Certificado de aptitud: 10186538 - 308580

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026
Actividad Económica: 4210 - CONSTRUCCIóN DE CARRETERAS Y VíAS DE FERROCARRIL.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	17 jul. 2026 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	**Tipo de Examen:**	EVALUACION MEDICA DE PRE- INGRESO PARA CONDUCTOR
Paciente:	LUIS ANGEL HOYOS RODRIGUEZ	**Identificación:**	10186538
Género	MASCULINO **Edad:** 47	**Teléfono**	**Móvil:** 3214518174
Fecha Nacimiento:	9/05/1979	**EPS:**	POLICIA NACIONAL
Estado Civil:	CASADO(A)	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	**AFP:**	NO REPORTA
Dirección	CLL 165 54 C 35	**Cargo:**	CONDUCTOR
		AREA: No Reporta	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES

PRUEBA PSICOSENSOMETRICA (MOTRIZ Y SICOLOGICA)	COORDINACION MOTRIZ ADECUADA. FLUIDEZ VERBAL ADECUADA FACILIDAD NUMÉRICA ADECUADA RAPIDEZ DE PERCEPCIÓN ADECUADA SITUACIONES CONFLICTIVAS ADECUADAS MANEJO DE HERRAMIENTAS ADECUADAS ASOCIACIÓN LÓGICA ADECUADA ATENCIÓN VISUAL ADECUADA
AUDIOMETRIA TAMIZ	1. CONTROL AUDITIVO PERIODICO OCUPACIONAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, 4. SE RECOMIENDA MANTENER LAS VENTANAS DEL VEHICULO CERRADAS PARA AISLAR RUIDO EXTERIOR, 5. ASITIR A CONSULTA EN CASO DE SINTOMATOLOGIA AUDITIVA.
ESPIROMETRIA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRIA	1-USO DE CORRECCION OPTICA VISION PROXIMA 2-USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VISUAL (FILTROS ANTIRREFLEJO). 3-REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES 4-USO DE LUBRICANTE OCULAR.
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	DIETA HIPOCALÓRICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN HARINAS Y GRASAS DE ORIGEN ANIMAL. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 45 - 60 MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN. HIGIENE POSTURAL. AUTOCUIDADO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y ESTIRAMIENTOS ANTES, DURANTE LOS DESCANSOS PROGRAMADOS Y AL FINAL DE LA JORNADA DIARIA DE TRABAJO. CONDUCIR CON LAS VENTANAS DEL VEHÍCULO CERRADAS. USO DE CORRECCION OPTICA VISION PROXIMA

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO
APTO OCUPACIONALMENTE PARA CONDUCIR

Observaciones: AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN FISICO NO REFIERE ALTERACION MENTAL O RIESGO PSICOSOCIAL APARENTE

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NUTRICION

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.



MEDICO ESPECIALISTA S.O.
DIANA CAROLINA GUAPACHA LOAIZA
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1031121057
1031121057 - 23316/2025





Firma y cédula del Paciente
LUIS ANGEL HOYOS RODRIGUEZ
10186538