CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
NIT: 900532770-0

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 52837818-63175

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	28/10/2021 BOGOTA D.C		**Tipo de Examen:**	INGRESO	
Paciente:	CARMEN JULIA VALLEJO SANABRIA		**Identificación:**	52837818	
Género	FEMENINO	**Edad:** 39	**Teléfono**		**Móvil:** 3107978665
Fecha Nacimiento:	10/12/1981		**Cargo:**	ADMINISTRATIVO	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE		**EPS:**	SANITAS S.A.	
Dirección	CRA 116 B N 72 F - 70 TORRE 20 APTO 204		**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO	
Empresa	PARTICULAR				

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	PAUSAS ACTIVAS DE DESCANSO, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: USO DE LENTES PARA VER DE LEJOS, DIETA, EJERCIO-

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado con el número de identificación como aparece al lado de mi firma , actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando de manera libre, voluntaria y consiente, sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido la información pertinente acerca de las modalidades de atención en las que puede ser realizado el examen médico ocupacional y que debido a las circunstancias actuales la "telemedicina – Asistida (Resolución 2654 de 2019, Decreto 538 de 12/04/20 Art 8) será la modalidad que me brindarán, sin descartar la posibilidad de otras, si así lo requiriera , además recibí información adecuada acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados (si aplican), 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 realizar el examen médico en la modalidad mencionada y que se me practiquen 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.

Dr. Anselmo Moreno Arias
Medico Cirujano
Salud Ocupacional
RG. MD. 19262 607/ 12065
U.N.

ANSELMO MORENO ARIAS	LSO 12065-09/2015	CARMEN JULIA VALLEJO SANABRIA	52837818
Médico Especialista en Salud Laboral		Firma y cédula del Paciente	

Cendiatra

HISTORIA CLINICA
VISIOMETRIA



Fecha Impresión 2019-12-17 10:22:49
FECHA EXAMEN: 2019-12-17 TIPO EXAMEN: VISIOMETRIA

DATOS PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : CARMEN JULIA VALLEJO SANABRIA			
IDENTIFICACION:	CC 52837818	FECHA DE NACIMIENTO :	1981-12-10
LUGAR DE NACIMIENTO :	SANTAFE DE BOGOTA	EDAD: 38 SEXO: F	
PROCEDENCIA	DEPARTAMENTO :	BOGOTÁ, D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ, D.C.
DIRECCIÒN :		TELEFONOS:	3107978665
ESTRATO : 3	ESCOLARIDAD:	POSTGRADO	ESTADO CIVIL: UNION LIBRE
EPS : SANITAS E.P.S. S.A.	HIJOS:	ARL:	RAZA:
FONDO DE PENSIONES: NO REFIERE	EMPRESA: PARTICULAR..	ACTIVIAD ECONOMICA: NO REFIERE	CARGO: CONTRATISTA
AREA TRABAJO:	TURNO TRABAJO:	CENTRO DE COSTO:	SEDE: BOGOTA SEDE PRINCIPAL

ANTECEDENTES GENERALES

		Observaciones
ANTECEDENTES OCULARES	NO REFIERE	
ANTECEDENTES PATOLOGICOS	NO REFIERE	
ANTENCEDENTES FAMILIARES	NO REFIERE	

PRUEBA

		Observaciones
AGUDEZA VISUAL LEJANA		
AMBOS OJOS	20/30	SC
OJO DERECHO	20/30	SC
OJO IZQUIERDO	20/30	SC
ESTEREOPSIS " SEG.	40"	SC
VISION CROMATICA	NORMAL	SC
FORIA VERTICAL	NORMAL	
FORIA LATERAL	NORMAL	
AGUDEZA VISUAL CERCANA		
AMBOS OJOS	0.50 cm	SC
OJO DERECHO	0.50 cm	SC
OJO IZQUIERDO	0.50 cm	SC
FORIA LATERAL	NORMAL	

IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO 1:	Z010: Examen de ojos y de la visión
CONCEPTO DE APTITUD	

		Observaciones
RECOMENDACIONES	REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA	

SARA ANGELICA RINCON PINTO
RM1052389596
Firma y sello del médico evaluador

CARMEN JULIA VALLEJO SANABRIA
52837818
Firma del trabajador evaluado

LABORATORIO CLÍNICO



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 28/10/2021 BOGOTA D.C
Paciente: CARMEN JULIA VALLEJO SANABRIA
Género FEMENINO **Edad:** 39
Fecha Nacimiento: 10/12/1981
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección CRA 116 B N 72 F - 70 TORRE 20 APTO 204
Empresa PARTICULAR

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 52837818
Teléfono **Móvil:** 3107978665
Cargo: ADMINISTRATIVO
EPS: SANITAS S.A.
Escolaridad: UNIVERSITARIO

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
PERFIL LIPIDICO	RAZON COLESTEROL/HDL:		REALIZADO
COLESTEROL TOTAL	210 mg/dl	VR: valor deseable hasta 200 mg/dl	
COLESTEROL HDL	58 mg/dl	VR:alto riesgo menor de 33 mg/dl	
COLESTEROL LDL	127 mg/dl	VR:normal hasta 178 mg/dl	
TRIGLICERIDOS	104 mg/dl	VR: 30-150 mg/dl	

Dra. Luz Mabel García R.
Bacterióloga Laboratorista Clínica

LUZ MABEL GARCIA RODRIGUEZ -
Profesional

CARMEN JULIA VALLEJO SANABRIA 52837818
Firma y cédula del Paciente

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE