Dr. Juan de Jesús Ospina Aguirre

Especialista en Salud Ocupacional - Salud Familiar y Ultrasonido Médico y Rehabilitación Cardiopulmonar
Imágenes Diagnósticas Ultrasonográficas (Ecografías) - UNIVERSIDAD DE CALDAS -
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA - Registro Departamental 1179 - Registro Nacional 8440

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL
EXAMEN MÉDICO DE SALUD OCUPACIONAL

FECHA: 28 EN/2021 **TELÉFONO:** 3108445325.

NOMBRE COMPLETO Rafael Antonio Mosco 30.	**EDAD** 46A Bmq	**CÉDULA**	13.702.087.
EMPRESA O CONTRATANTE SENA M/J **TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL: (Ingreso, egreso, post incapacidad, reintegro, cambio de ocupación periódico programado otro**	**CARGO**	instructor. ingreso.	

CONCEPTO DE APTITUD: aplica para ingreso post, incapacidad, periódico reintegro, cambio de ocupación).
Marque con x una de las siguientes:

Sin limitaciones para el cargo: X Con limitaciones para el cargo: _____ Aplazado: _____

CONCEPTO DE APTITUD APOYADO EN EL PERFIL PARA EL CARGO: SI X **NO** _____

OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES: (Restricciones Recomendaciones o motivo de aplazamiento)

Acatar normas de seguridad, usar elementos de protección personal, pausas activas, e higiene postural.
Ex Sicosocial Sicologico Cardiaco Pulmonar Osteomuscular Visio Audiacion Neurology

EL CONCEPTO DE APTTITUD SE EMITIO APARTIR DE: (Marque con una X los que aplique) SATISFACTORIO

Examen Médico	X	Neuroconducción	X	Lanoratorios: Cuales	X
Tamizaje de Audiometría	X	Evaluación Osteomuscular	X		
Tamizaje de Espirometría		Evaluación Dermatológica			
Tamizaje de Visiometria	X	Evaluación Trabajo en alturas			
Examen Optométrico		Evaluación M. de Alimentos		Otros; Cuales	
Electrocardiograma		Evaluación Cardiovascular	X		
Electro encefalograma					

EXAMEN DE RETIRO: Sospecha de: (Marque con una X según a que corresponda)

Secuela ATEP no reportado: Si____ No X Enf. Profesional: Si____ No X Enf Común agravada por el trabajo: Si____ No X

SE ENTREGA REMISION PARA LA E.P.S SI _____ NO X

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGÍA SUGERIDOS: _____

Consentimiento Informado del aspirante o trabajador: Autorizo al (a/el)Doctor(a) abajo mencionado (a)a realizar en mi examen y /o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado en este documento, (el) (la)Doctor(a) abajo mencionado(a) que me ha explicado la naturaleza, el propósito los beneficios la interpretación, las limitaciones y los riesgos para el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) a partir de la respetiva historia clínica antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la institución para proteger la confidencialidad de los resultados, recibí copia de la valoración médica de salud ocupacional, las respuestas dadas por estas son verídicas y son completas, autorizo a la empresa para que suministre a mi empresa donde trabajo y /o entidades contempladas en la legislación vigente, para que suministre este documento para el buen cumplimiento del programa salud ocupacional y para las situaciones que lo ameritan.

Dr Juan de J. Ospina A
Especialista en Gerencia
de Salud Ocupacional
Reg Dptal 1179 Reg Nal 8740

FIRMA DEL MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

X

FIRMA DEL EMPLEADO

Cra. 21 Nº 23 - 26 Plaza de Bolívar Tel: 882 12 22 - 890 30 40
Cel. 312 259 0881 Manizales, Caldas
E-mail: jjoa81@hotmail.com

J CASO:

para

M. MARCELA ALVARAN CARDONA
AUDIOLOGA Y ESP. GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha de impresión 13/01/2022 8.57 AM

FECHA DE EXAMEN 2022-01-13 08:41:30 **TIPO DE EXAMEN** INGRESO

DATOS DE INSTITUCION

NOMBRE:	M. MARCELA ALVARAN CARDONA - AUDIOLOGA Y ESP. GERENCIA SST	**NIT**	30312776-5
DIRECCION:	CRA 22 NO 26 - 03 PRIMER PISO	**E-MAIL**	CENTROINTERNACIONAL12@GMAIL.COM
TELEFONOS:	8731343-8829986 CEL. 3108211950	**SEDE**	CENTRO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	RAFAEL ANTONIO MOSCOSO BRAVO						
IDENTIFICACION	CC	13702087	**EDAD**	47 Años	**SEXO**	M	
ESTADO CIVIL	CASADO (A)	**ESCOLARIDAD**	POSTGRADO	**FECHA DE NACIMIETNO**	10/05/1974		
LUGAR DE NACIMIENTO	BUCARAMANGA	**DIRECCION**	CRA13 N47C-04	**ESTRATO**	0		
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	CALDAS	**MUNICIPIO**	MANIZALES	**TELEFONOS**	3108445325	
GRUPO FAMILIAR		**GRUPO SANGUINEO**	B +				
ARL	NO REFIERE						
EPS	SANITAS						

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	TIPO 1	**CARGO**	INSTRUCTOR
SEDE	MANIZALES	**FECHA DE INGRESO**	13-01-2022
ANTIGUEDAD EN EL OFICIO	null	**AREA**	EDUCACION
JORNADA DE TRABAJO	DIURNA		

ANTECEDENTES AUDITIVOS	
PROTECCION AUDITIVA	NO
CARGO	INSTRUCTOR
EXPOSICION A RUIDO	

ANAMNESIS

INTERPRETACION	Anormal
CAUSA	Retiro
ULTIMO EXAMEN DE AGUDEZA AUDITIVA	Menos de 6 Meses

OTOLOGICOS

Nombre	Oido Izquierdo	Oido Derecho	Bilateral	Observaciones
HIPOACUSIA			NR	
OTITIS MEDIA SIN OTORREA			NR	
OTITIS MEDIA CON OTORREA			NR	
OTALGIA			NR	
OTORRAGIA			NR	
ACUFENOS PERMANENTES			NR	
ACUFENOS OCASIONALES			NR	
AUMENTAN CON SILENCIO			NR	
AUMENTAN CON RUIDO			NR	
CIRUGIA DE OIDO			NR	
PROBLEMAS DE EQUILIBRIO			NR	
OTROS			NR	

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION A RUIDO

Nombre	Presenta
SERVICIO MILITAR	SI
POLIGONO	SI
WALKMAN	NO
DISCOTECA	NO

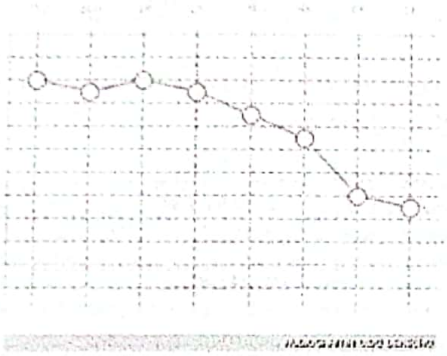
Escaneado con CamScanner

Nombre	Presenta
TAREAS CON EQUIPOS RUIDOSOS	SI
OTROS	NO
MOTOCICLISMO	SI

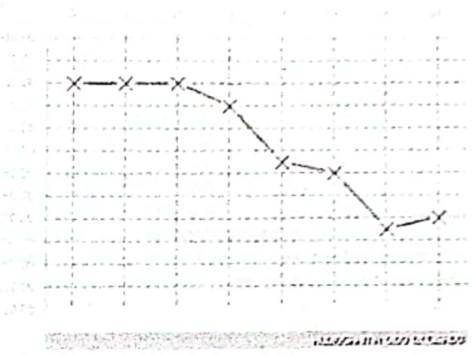
OTOSCOPIA

Nombre	Descripción
PABELLON AURICULAR	Normal
TIMPANO	Normal
TAPON DE CERA	No
OTROS HALLAZGOS	

Oido Derecho



Oido Izquierdo



DIAGNOSTICO

Nombre	Oido Derecho	Oido Izquierdo	Bilateral	Observaciones
AUDICION NORMAL				
HIPOACUSIA			X	FALLA
HIPOACUSIA MIXTA				
HIPOACUSIA CONDUCTIVA				
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL				

SEVERIDAD - CAOHC

	Observaciones
NORMAL(0-25db)	
LEVE (26-40db)	
MODERADA (41-55db)	
MODERADA-SEVERA (56-	BILATERAL
SEVERA(71-90db)	
PROFUNDA(MAYOR 91db)	

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	SI	
CONTROL AUDITIVO EN SEIS MESES		
USO DE PROTECCION AUDITIVA	SI	EN SITIO RUIDOSO
CONTROL DE OTORRINOLARINGOLOGIA		
LAVADO AUDITIVO OD		
LAVADO AUDITIVO OI		
LAVADO AUDITIVO BILATERAL		

Escaneado con CamScanner

M. MARCELA ALVARAN CARDONA
AUDIOLOGA Y ESP. GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha de impresión 13/01/2022 8.57 AM

AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA		
EXAMENES AUDIOLOGICOS		
CONDUCTA DEL USARIO EN LA CONSULTA	ACEPTABLE	

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES
RECOMENDACIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O DEL TRABAJADOR:Autorizó al Doctor a realizarme el examen médico y /o praclinico ocupacionales registrados en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y propósito de este exámen médico y sus paraclínicos, he comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del exámen médico y/o paraclínico a través de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizaran estos exámenes. Fui informado acerca de la confidencialidad de los datos y resultados aquí registrados y la protección que se le dará a este documento. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Autorizo a la empresa para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"



MARIA MARCELA ALVARAN CARDONA
C.C 30312776 RM: 16132
Firma y sello del Médico Evaluador



RAFAEL ANTONIO MOSCOSO BRAVO
C.C 13702087
Firma del trabajador Evaluado

Escaneado con CamScanner

TRABAJO SEGURO PASSOMET SAS
ANEXO: EXAMEN RESPIRATORIO

Trabajo Seguro PASSOMET SAS

NOMBRE	MOSCOSO BRAVO RAFAEL ANTONIO	
CC	**13.702.087**	47 AÑOS DE EDAD
ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)	0 HIJO (S)
TELEFONO	3108445325	
CARGO	INSTRUCTOR	
EMPRESA	**SENA REGIONAL CALDAS**	
Fecha del examen medico	13/01/2022	



REVISION DETALLADA:

ANTECEDENTES RESPIRATORIOS PERSONALES	**NO**
ANTECEDENTES FAMILIARES	**NO**
EXPOSICIÓN A HUMO	**NO**
EXPOSICIÓN A MATERIAL PARTICULADO	**NO**
TABAQUISMO	**NO**
EVIDENCIA DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA	**NO**
SIGNOS FISICOS DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA	**NO**

RESULTADO DEL TEST DE RUFIER

RESULTADO TEST	**CONDICION FISICA BUENA**
	2.4

PARÁMETROS SEGÚN LA CONDICIÓN FÍSICA

CONDICION FISICA BUENA	**0 A 5**
CONDICION FISICA MEDIA	**5,1 A 10**
CONDICION FISICA MEDIO BAJO	**10,1 A 15**
CONDICION FISICA INSUFICIENTE	**15,1 A 20**

PULSIOXIMETRIA	96.12
SIGNOS INDIRECTOS DE ENF. PULMONAR	NO
PATRON RESPIRATORIO	NORMAL

CONCEPTO: **EXAMEN RESPIRATORIO DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD**

Nombre y cargo del profesional responsable: Elvia Lucy Holguin Arias
Medica especialista en salud ocupacional
Firma
Registro medico Nº: 15406
Licencia en SST Nº R 72783: 1188

Elvia Lucy Holguin Arias
Médico Especialista
Licencia Salud Ocupacional
R.M: 15406 R.E: 1188
Licencia S.O. 72783

La persona evaluada certifica con su firma que toda la información que suministró sobre sus condiciones de salud; es cierta y que no omitió datos, sobre enfermedades, antecedentes, consumo de medicamentos, etc; que púedan influir en el diagnostico final de este examen

CUALQUIER ALTERACIÓN O MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO CONFIGURA EL DELITO DE FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO PRIVADO CONTEMPLADO EN EL ART 289 DEL CÓDIGO PENAL. VALIDE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO EN EL CORREO JURIDICAPASSOMET@GMAIL.COM

Paciente : RAFAEL ANTONIO MOSCOSO BRAVO-PASSOMET
Doc. Id : 13702087
Edad/Sexo : 47 / M
Remisión : 02050034

Médico : MEDICOS VARIOS
Empresa : PARTICULARES
Fecha Recepción : 2022-01-13 07:37:19
Fecha Impresión : 2022-01-13 12:34:40.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			
UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA			
UROANALISIS			
FISICO QUIMICO			
Color	**AMARILLO**		
Aspecto	**TRANSPARENTE**		
Urobilinogeno	**NORMAL**		
P.H.	**6.0**		
Densidad	**1.015**		
MICROSCOPICO			
Leucocitos	**4-6**	xc	
Células Epiteliales	**2-5**		
Bacterias	**NEGATIVO**		
Nota: xprep = Por Preparación			

DR. CARLOS VALENCIA G.
DIRECTOR CIENTIFICO
T.P 2300

QUIMICA			
COLESTEROL TOTAL			
Colesterol Total	**237**	mg/dl	Optimo : Hasta 200 mg/dl Moderado: 200 - 239 mg/dl Elevado : > 240 mg/dl
GLUCOSA EN SUERO. LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA			
Glucosa	**94**	mg/dl	70 - 110 mg/dl Primer Dia 40 - 60 mg/dl Mayor de 1 Dia 50 - 80 mg/dl Adultos 70 - 110 mg/dl
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]			
Colesterol de Alta Densidad - HDL	**46**	mg/dl	Hombres Mujeres Riesgo Menor : > 50 >60 mg/dl Riesgo Normal : 35-50 45-60 mg/dl Riesgo Elevado: < 35 <45 mg/dl
Indice de Riesgo			

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Paciente : RAFAEL ANTONIO MOSCOSO BRAVO-PASSOMET
Doc. Id : 13702087
Edad/Sexo : 47 / M
Remisión : 02050034

Médico : MEDICOS VARIOS
Empresa : PARTICULARES
Fecha Recepción : 2022-01-13 07:37:19
Fecha Impresión : 2022-01-13 12:34:40.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Indice de Riesgo			
Indice Arterial	**5.2**		
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO			
Colesterol de Baja Densidad - LDL	**124.0**	mg/dl	Optimo : Hasta 100 mg/dl Casi Optimo: 100 - 129 mg/dl Moderado : 130 - 159 mg/dl Elevado : 160 - 189 mg/dl Muy Elevdo : > 190 mg/dl
TRIGLICERIDOS			
Triglicéridos	**335**	mg/dl	Hombres :40 - 160 mg/dl Mujeres :35 - 135 mg/dl
Colesterol VLDL			
Colesterol VLDL	**67.0**		

DR. CARLOS VALENCIA G.
DIRECTOR CIENTIFICO
T.P 2300

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE LA VISION

Fecha y hora de valoración **13/01/2022**

Empresa: SENA REGIONAL CALDAS
Nombre y apellidos: MOSCOSO BRAVO RAFAEL ANTONIO
Documento: 13702087
Edad 47

ANAMNESIS

	SI/NO
USA ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (GAFAS DE SEGURIDAD)	**SI**
USA ANTEOJOS FORMULADOS O LENTES DE CONTACTO	**NO**

ANTECEDENTES

PRESBICIA

SINTOMAS

NO REFIERE

EXAMEN EXTERNO

NOREFIERE

AGUDEZA VISUAL

SIN CORRECCION			CON CORRECCION		
VL	**OD**	**20/ 20**	**VL**	**OD**	**20/ 0**
	OI	**20/ 20**		**OI**	**20/ 0**
VC	**OD**	**20/ 40**	**VC**	**OD**	**20/ 0**
	OI	**20/ 40**		**OI**	**20/ 0**

VISION CROMATICA

NORMAL

ESTERIOPSIS

NORMAL

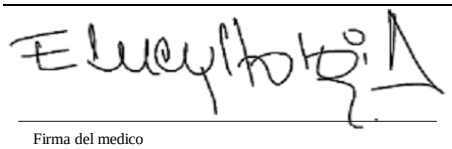
IDX

OD	**PRESBICIA**
OI	**PRESBICIA**

NOTA Y RECOMENDACIONES

SE SUGIERE PROTECION SOLAR Y CONTROL ANUAL

0



Firma del medico

Firma y c.c del trabajador

EL EXAMINADO, CON SU FIRMA, CERTIFICA QUE NO OMITIÓ NINGÚN DATO RELEVANTE SOBRE SUS ANTECEDENTES OCUPACIONALES, PERSONALES Y FAMILIARES, QUE PUDIESEN INFLUIR SOBRE EL DIAGNÓSTICO FINAL DE ESTE EXAMEN Y CERTIFICA QUE LA INFORMACIÓN EXPRESADA ES CIERTA

Laboratorio Clínico Valencia Garcia

Análisis para tu vida y salud

NIT: 810006732-9

02050034

13/01/2022 12:34:44

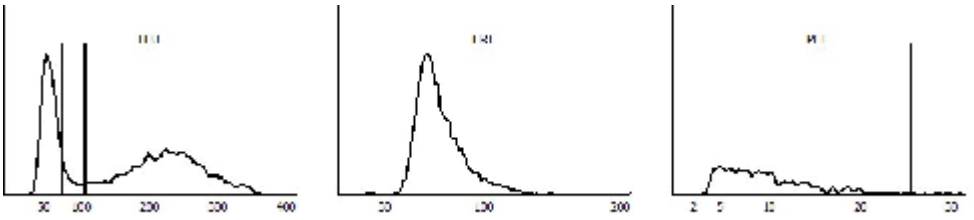
Paciente : RAFAEL ANTONIO MOSCOSO BRAVO-PASSOMET
Doc. Id : 13702087
Edad/Sexo : 47 / M
Paciente Cod: 02050034

Médico : MEDICOS VARIOS
Empresa : PARTICULARES
Fecha Recepción : 2022-01-13 07:37:19
Fecha Impresión : 2022-01-13 12:34:41.

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
Recuento de Leucocitos	**6.7**	x10^3mm^3	4.0 - 10.0 x10^3mm^3
% Neutrofilos	**59.0**	%	55.0 - 65.0 %
% Linfocitos	**36.4**	%	25.0 - 38.0 %
% Monocitos	**4.6**	%	3.0 - 6.0 %
# Neutrofilos	**4.0**	x10^3mm^3	2.0 - 7.50 x10^3mm^3
# Linfocitos	**2.4**	x10^3mm^3	1.0 - 4.00 x10^3mm^3
# Monocitos	**0.3**	x10^3mm^3	0.20 - 1.00 x10^3mm^3
Recuento de Eritrocitos	**5.43**	x10^6/mm^3	3.80 - 5.80 x10^6/mm^3
Hemoglobina	**15.7**	g/dl	ı. 14.0-17.0 Muj. 11.8-15.0
Hematocrito	**49.7**	%	ı. 42.0-48.0 Muj. 38.0-44.0
Volumen Corpuscular Medio	**92**	um^3	80 - 90 um^3
HB Corspuscular Media	**28.9**	pg	26.0 - 30.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	**31.5**	g/dl	31.0 - 34.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	**13.4**	%	12.0 - 16.0 %
Recuento de Plaquetas	**157**	x10^3/mm^3	150 - 450 x10^3/mm^3
Volumen Plaquetario Medio	**10.2**	um^3	6.0 - 15.0 um^3
Ancho de Distribución Plaquetas	**13.6**	%	11.0 - 18.0 %
Plaquetocrito	**0.160**	%	.150 - .500 %



DR. CARLOS VALENCIA G.
DIRECTOR CIENTIFICO
T.P 2300

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"