

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

**Tipo certificación:** Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐  
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

**DATOS DEL PACIENTE**

Fecha **24/01/2023 07:53:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **ALAN ARTURO SOTO PEREZ**

Cargo **MEDICO VETERINARIO**

Doc. Identidad **CC 1094247035**



**SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS**

1 EX. MEDICO OCUPACIONAL DE  
INGRESO/PERIODICO/EGRESO  
OSTEOMUSCULAR

2 OPTOMETRIA

3

4

5

6

7

8

9

**EXAMEN DE INGRESO**

SI NO NO APLICA FALTA INFORMACIÓN

Apto para el cargo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplazado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto con restricciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para trabajar en alturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para trabajar en espacios confinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para participar en la brigada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**EXAMEN PERIÓDICO**

SI NO

Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Requiere restricciones de actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Requiere reubicación laboral temporal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Requiere reubicación laboral permanente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para trabajar en alturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para trabajar en espacios confinados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apto para trabajar en alturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**EXAMEN DE RETIRO**

SI NO

Sospecha de enfermedad Profesional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secuelas de Accidentes de Trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad Común	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

Visual ☒ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

**REMISIÓN**

SI ☐ NO ☒ ARL

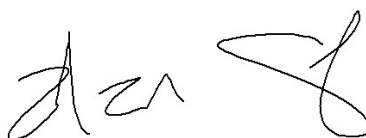
SI ☐ NO ☐ EPS

SI ☐ NO ☐

control periódico ocupacional.  
higiene postural.



NURY PATRICIA WILCHES JIMENEZ  
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN  
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
CC: 52715519 RM: 896 RS. S.O 001395



Trabajador: ALAN ARTURO SOTO PEREZ  
CC 1094247035

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

pausas activas.

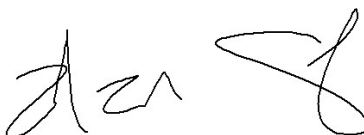
utilizar epp en forma estricta y adecuada según normatividad vigente dada por el ministerio de salud y protección social y protocolos de bioseguridad dados por el empleador y avalados por el ministerio.

seguir su control anual por optometría

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.



NURY PATRICIA WILCHES JIMENEZ  
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN  
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
CC: 52715519 RM: 896 RS. S.O 001395



Trabajador: ALAN ARTURO SOTO PEREZ  
CC 1094247035

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica



## GESI SALUD IPS SAS

Nit. 900844482 - 3

Dirección: CALLE 13 N 2 E 50 CUCUTA

Tel: 5834195 - 3112079509

## VISIOMETRÍA

Fecha examen: 24/01/2023

Doc. Identidad	CC 1094247035	Nombre	ALAN ARTURO SOTO PEREZ	Fecha Nacimiento.	03/01/1989
Entidad	PARTICULAR	Edad	34 años	Ocupación	MEDICO VETERINARIO
H.C No	Ingreso <input checked="" type="radio"/>	Periódico <input type="radio"/>	Retiro <input type="radio"/>	Caso Ocupacional <input type="radio"/>	Reubicación <input type="radio"/>
	Post incapacidad <input type="radio"/>	Trabajo en alturas <input type="radio"/>	Control <input type="radio"/>	Ingreso al SVE <input type="radio"/>	
Empresa	PARTICULAR	Cargo	MEDICO VETERINARIO	Antigüedad del cargo	
Fondo de Pensión		EPS	CAFESALUD	ARL	

## ANAMNESIS

Último Examen Visual 3 AÑOS Usa anteojos: SI ☐ NO ☒ VL ☐ VP ☐ PC ☐ Bifocal ☐

Progresivo ☐ Filtros ☐ LC RGP ☐ LC BLANDO ☐ Frecuencia de uso: Permanente ☒ Ocasional ☐

Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? SI ☐ NO ☒ Cirugías: SI ☐ NO ☒ Cual?

Accidentes oculares SI ☐ NO ☒ Cual?

Signos y síntomas: Asintomático ☒ Disminución visual de cerca ☐ Disminución visual de lejos ☐ Cefaleas ☐ Resequedad ocular ☐

Ardor Ocular ☐ Lagrimeo ☐ Cansancio Ocular ☐ Irritación ☐ Fotofobia ☐ Prurito Ocular ☐ Salto de renglón ☐

Antecedentes personales y/o familiares

## AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD	20/20	.50M			
OI	20/20	.50M			
AO	20/20	.50M			

## LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD	N	-0,50	0°	
OI	N	-0,75	0°	

## EXAMEN EXTERNO

Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival <input type="radio"/> Pterigio N <input type="radio"/>	Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival <input type="radio"/> Pterigio N <input type="radio"/>
Pterigio T <input type="radio"/> Pinguécula <input type="radio"/> Nevus <input type="radio"/> Blefaritis <input type="radio"/>	Pterigio T <input type="radio"/> Pinguécula <input type="radio"/> Nevus <input type="radio"/> Blefaritis <input type="radio"/>
Blefaritis seborreica <input type="radio"/> Secreción <input type="radio"/> Leucoma Corneal <input type="radio"/>	Blefaritis seborreica <input type="radio"/> Secreción <input type="radio"/> Leucoma Corneal <input type="radio"/>
Ptosis palpebral <input type="radio"/> Otros: NORMAL	Ptosis palpebral <input type="radio"/> Otros: NORMAL

## MOTILIDAD OCULAR

VL: N VP: N HISHBERG: CENTRADO

Ducciones: N Versiones: N PPC:

## INTERPRETACIÓN

No requiere corrección óptica	OD	OI
Defecto refractivo adecuadamente corregido	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Defecto refractivo no corregido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gafas no formuladas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confor.
OD	Normal <input checked="" type="radio"/> Discromatopsia <input type="radio"/> Ceguera al color <input type="radio"/>	N	N
OI	Normal <input checked="" type="radio"/> Discromatopsia <input type="radio"/> Ceguera al color <input type="radio"/>	N	N

## IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Emetropía	OD	OI
Ametropía	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Disminución visual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros:		

## RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ☐ Valoración por oftalmología ☐

Control Visiometría ☐

## RETINOSCOPIA

Refracción:	Subjetivo:	DP:
Esfera Cilindro Eje	Esfera Cilindro Eje	AV ADD
OD		
OI		

## DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

H520 HIPERMETROPIA H524

## CONCEPTO

☒ Apto ☐ No Apto ☐ Aplazado

## RECOMENDACIONES

## OBSERVACIONES

OPTOMETRICAMENTE APTO

HERMES DUARTE AMAYA

Especialidad: OPTOMETRA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CC: 13239497 RM: TP 016 RESO S.O 5006