I.P.S. OCUPACIONAL SANTA CLARA
PROTEGEMOS SU BIENESTAR EMPRESARIAL

678896

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha de impresión: 24/01/2020 8.06 AM

Fecha de cierre: 24/01/2020 07.54.32

TIPO DE EXAMEN: INGRESO

FECHA DE EXAMEN: 24/01/2020 07.19.48



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES	RUBEN DARIO						
APELLIDOS	MILLAN VARGAS						
TIPO DE IDENTIDAD	CC	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD**	94232927				
FECHA NACIMIENTO	11/09/1983	**AÑOS**	36	**SEXO**	M		
PROCEDENCIA	**LUGAR DE NACIMIENTO**	ZARZAL VALLE					
ESTADO CIVIL	CASADO (A)	**NIVEL DE ESCOLARIDAD**	PROFESIONAL	**GRUPO SANGUINEO**	O +		
DEPARTAMENTO	VALLE DEL CAUCA	**MUNICIPIO**	CALI	**TELEFONOS**	3165004847		
DIRECCION	CRA 1 D BIS #46-50 BLOQUE E	**EPS**	SOS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD E.P.S. S.A.				
ARL	NO REFIERE	**FONDO DE PENSIONES**	COLPENSIONES				

DATOS EMPRESA

EMPRESA CONTRATANTE	PARTICULAR		
CONVENIO COMERCIAL	PARTICULAR		
CARGO A DESEMPEÑAR	INSTRUCTOR FPI		
ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	NO APLICA	**AREA**	.

EXAMENES REALIZADOS

FACTURA ADJUNTO	OPTOMETRIA
ANEXO ESTADO DE SALUD	GLUCOSA PRE

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO: APTO CON ALTERACIONES QUE NO AFECTAN SU DESEMPEÑO LABORAL .

RECOMENDACIONES

CONTROL NUTRICIONAL Y MEDICO EN LA EPS CON ENFASIS EN DISMINUCION DE PESO CORPORAL

RECOMENDACIONES GENERALES

NUNGUNO
REPORTAR TODO ACCIDENTE DE TRABAJO
HABITOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
PAUSAS ACTIVAS
USO ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL SEGÚN PANORAMA DE RIESGOS

REMISION A PROGRAMA DE VIGILANCIA

PROGRAMA DE VIGILANCIA CARDIOVASCULAR

I. P. S.
OCUPACIONAL
SANTA CLARA
PROTEGEMOS SU BIENESTAR EMPRESARIAL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

678896

Fecha de impresión: 24/01/2020 8.06 AM

Fecha de cierre: 24/01/2020 07.54.32

RUBEN DARIO MILLAN VARGAS

CC 94232927

IPS OCUPACIONAL SANTA CLARA S.A.S. Hace constar que realizó examen médico al trabajador y que de acuerdo a la resolución N. 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica es responsabilidad de la institución y el funcionario que firma este documento da fe que la información suministrada y registrada por el médico es veraz.

Dra. Leidy Johanna Salazar V.
Esp. en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución 1055

LEIDY JOHANNA SALAZAR VILLANUEVA
RM 74216 LIC. S.O. 1055
Firma y sello del Médico Evaluador

RUBEN DARIO MILLAN VARGAS
C.C 94232927
Firma del trabajador Evaluado



I. P. S. OCUPACIONAL SANTA CLARA PROTEGEMOS SU BIENESTAR EMPRESARIAL

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha de impresión: 24/01/2020 8.06 AM

FECHA DE EXAMEN: 24/01/2020 07.43.32

TIPO DE EXAMEN INGRESO



DATOS INSTITUCION

NOMBRE	IPS OCUPACIONAL SANTA CLARA	**NIT**	900207684-2
DIRECCION	CALLE 23AN No 2N-75 - B/ San Vicente Cali-Valle	**E-MAIL**	contactenos@santaclara.com.co
TELEFONOS	6682828 - 3174412726 - 3174399466 - 3183482110	**SEDE**	PRINCIPAL

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES	RUBEN DARIO								
APELLIDOS	MILLAN VARGAS								
IDENTIFICACION	CC	94232927	**EDAD**	36 Años	**SEXO**	M	**GRUPO SANGUINEO**	O +	
ESTADO CIVIL	CASADO (A)		**ESCOLARIDAD**	PROFESIONAL	**FECHA DE NACIMIENTO**		11/09/1983		
PROCEDENCIA	**LUGAR DE NACIMIENTO**	ZARZAL VALLE		**GRUPO FAMILIAR**		**Estrato**	0		
DEPARTAMENTO	VALLE DEL CAUCA		**MUNICIPIO**	CALI	**DIRECCION**		CRA 1 D BIS #46-50 BLOQUE E		
TELEFONOS	3165004847	**ARL**	NO REFIERE			**EPS**	SOS SERVICIO OCCIDENTAL DE		

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	PARTICULAR	**AREA**	.....
CONTRATISTA	....	**CARGO A DESEMPEÑAR**	INSTRUCTOR FPI
ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	MENOS DE 1 AÑO		

ANAMNESIS

Nombre	Concepto	Observaciones
ULTIMO EXAMEN	ENTRE 6 MESES Y UN AÑO	
USA RX	NO	
TIPO		
OBSERVACIONES		

ANTECEDENTES PERSONALES

Nombre	Concepto	Observaciones
HIPERTENSION ARTERIAL	NO	
DIABETES	NO	
TRIGLICÉRIDOS	NO	
PTERIGION	NO	
GLAUCOMA	NO	
OTROS	NO	
TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS	NO	
CX	NO	

ANTECEDENTES LABORALES

Nombre	Concepto	Observaciones
FISICOS	NINGUNO	
QUIMICOS	NINGUNO	
FISICOS - QUIMICOS	NINGUNO	
ELECTRICOS	NINGUNO	
BIOLOGICOS	NINGUNO	
ERGONOMICOS	NINGUNO	
OTROS		

SIGNOS Y SINTOMAS ACTUALES

Nombre	Concepto	Observaciones
MALA VISION DE LEJOS	NO	
MALA VISION DE CERCA	NO	
BAJA VISIÓN NOCTURNA	NO	
CANSANCIO	NO	
CEFALEA	NO	

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha de impresión: 24/01/2020 8.06 AM

LAGRIMEO	NO	
PRURITO	NO	
ENROJECIMIENTO	NO	
ARDOR	NO	
SECRECION	NO	
DESVIACIÓN OCULAR	NO	
FOTOFOBIA	NO	
RESEQUEDAD	NO	
OTROS	NO	

EXAMEN

Nombre	**Concepto**	**Observaciones**
AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCION	
LEJOS OD	20/20	
LEJOS OI	20/20	
CERCA OD	0.50 M	
CERCA OI	0.50 M	
RX EN USO		
EXAMEN EXTERNO		
Nombre	**Concepto**	**Observaciones**
OD	NORMAL	
OI	NORMAL	
ESTADO MOTOR		
Nombre	**Concepto**	**Observaciones**
VISION LEJANA	ORTHO	
VISION PROXIMA	EXOFORIA	
PPC	NORMAL	
OFTALMOSCOPIA		
Nombre	**Concepto**	**Observaciones**
OJO DERECHO	NORMAL	
OJO IZQUIERDO	NORMAL	
REFRACCION		
Nombre	**Concepto**	**Observaciones**
OJO DERECHO	NEUTRO	
AVL OD		
OJO IZQUIERDO	NEUTRO	
AVL OI		
SUBJETIVO (RX FINAL)		
Nombre	**Concepto**	**Observaciones**
OJO DERECHO	NEUTRO	
AVL OD	20/20	
OJO IZQUIERDO	NEUTRO	
AVL OI	20/20	
ADD		
AVC	0.50 M	AO
VISION CROMATICA		
Nombre	**Concepto**	**Observaciones**
OJO DERECHO	NORMAL	
OJO IZQUIERDO	NORMAL	
ESTEREOPSIS		
Nombre	**Concepto**	**Observaciones**
CON RX ACTUAL	NORMAL	40" DE ARCO
CON RX NUEVA	NORMAL	40" DE ARCO

DIAGNOSTICO

I.P.S. OCUPACIONAL SANTA CLARA
PROTEGEMOS SU BIENESTAR EMPRESARIAL

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

Fecha de impresión: 24/01/2020 8.06 AM

DIAGNOSTICO 1	EMETROPIA	AO
DIAGNOSTICO 2		
DIAGNOSTICO 3		
DIAGNOSTICO 4		
DIAGNOSTICO 5		
DIAGNOSTICO 6		
DIAGNOSTICO 8		
DIAGNOSTICO 9		
OTROS		

RECOMENDACIONES

Nombre	Concepto
RECOMENDACIONES	

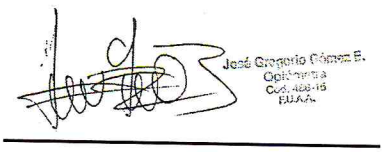
OBSERVACIONES

Nombre	Concepto
OBSERVACIONES	
ANTIGUEDAD (DEL USO DE LENTES)	

CONDUCTA A SEGUIR

Nombre	Concepto	Observaciones
CONTROL EN UN (1) AÑO	SI	
REMISION ORTOPTICA	NO	
CONTROL EN SEIS (6) MESES	NO	
REMISION OFTALMOLOGIA	NO	
DOTAR EPP (GAFAS DE SEGURIDAD)	NO	
USO DE CORRECIÓN ÓPTICA	NO	
OTROS		

Certifico que he comprendido el propósito los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos de los exámenes, también certificado que he discutido con la persona que me ha brindado la asesoría, el procedimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen, fui informado de las medidas que tomaran para proteger la confidencialidad de mis resultados; autorizo expresamente a la IPS OCUPACIONAL SANTA CLARA SAS, para que informe a mi empresa y/o ARL como administradora de riesgos laborales a la cual estoy afiliado(a) sobre las condiciones de mi estado de salud que podrían estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral.



JOSE GREGORIO GOMEZ
ECHEVERRY
RM: 486-15

Firma y sello del Médico Evaluador

RUBEN DARIO
C.C 94232927

Firma del trabajador Evaluado



I. P. S.
OCUPACIONAL
SANTA CLARA
PROTEGEMOS
SU BIENESTAR EMPRESARIAL

HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA

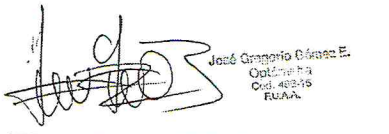
Fecha de impresión: 24/01/2020 8.06 AM

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES	RUBEN DARIO							
APELLIDOS	MILLAN VARGAS							
IDENTIFICACION	CC	94232927	**EDAD**	36 Años	**SEXO**	M	**GRUPO SANGUINEO**	O +

SUBJETIVO (RX FINAL)

Nombre	Concepto
OJO DERECHO	NEUTRO
AVL OD	20/20
OJO IZQUIERDO	NEUTRO
AVL OI	20/20
ADD	
AVC	0.50 M



JOSE GREGORIO GOMEZ

RM: 486-15

Firma y sello del Médico Evaluador

I.P.S. OCUPACIONAL SANTA CLARA
PROTEGEMOS SU BIENESTAR EMPRESARIAL

INFORME DE LABORATORIO

Fecha de impresión: 24/01/2020 8.06 AM

FECHA DEL EXAMEN 2020-01-24 07:52:00



DATOS INSTITUCION

NOMBRE	IPS OCUPACIONAL SANTA CLARA	**NIT**	900207684-2
DIRECCION	CALLE 23AN No 2N-75 - B/ San Vicente Cali-Valle	**E-MAIL**	contactenos@santaclara.com.co
TELEFONOS	6682828 - 3174412726 - 3174399466 - 3183482110		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES	RUBEN DARIO								
APELLIDOS	MILLAN VARGAS								
IDENTIFICACION	CC	94232927	**EDAD**	36 Años	**SEXO**	M	**GRUPO SANGUINEO**	O +	
ESTADO CIVIL	CASADO (A)	**ESCOLARIDAD**	PROFESIONAL	**FECHA DE NACIMIENTO**	11/09/1983				
PROCEDENCIA	**LUGAR DE NACIMIENTO**	ZARZAL VALLE	**GRUPO FAMILIAR**		**Estrato**	0			
DEPARTAMENTO	VALLE DEL CAUCA	**MUNICIPIO**	CALI	**DIRECCION**	CRA 1 D BIS #46-50 BLOQUE E				
TELEFONOS	3165004847	**ARL**	NO REFIERE	**EPS**	SOS SERVICIO OCCIDENTAL				

GLUCOSA PRE PRANDIAL

EXAMEN SOLICITADO / TÉCNICA UTILIZADA	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO TÉCNICA: QUÍMICA SECA	92	mg/dl	74- 106 mg/dl
OBSERVACIONES	0		

Declaro que he autorizado la realización del examen medico ocupacional que incluye el suministro de información personal sobre mis antecedentes médicos, examen físico ocupacional y toma de pruebas complementarias. Declaro que entiendo la necesidad de estas pruebas y que he recibido la información pertinente al respecto.

Leidy J. Rozo Pedroza
BACTERIOLOGA
- UDES

LEIDY YOHANA ROZO PEDROZA
C.C 37181234 R:M 1
Firma y sello del Médico Evaluador

RUBEN DARIOMILLAN VARGAS
C.C 94232927
Firma del trabajador Evaluado

