545224 135279

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

CEMEDICA S.A.S

1



EMEDICA
Central de Servicios Médicos Cajicá S.A.S.
Dirección: Calle 4 # 3A - 05
PBX: 8660839 - 8810139 - 8661022 - 8837330 - 3103430937
E mail: cumcajica@comedica.com.co - cumcajica@hotmail.com
www.comedica.com.co
Tu Salud y Bienestar en Manos Expertas

NIT 8320054448
Dirección CL 4 NO. 3A-05
Telefono 8660839/8830139
eMail

Paciente: JULIO ANDRES PARRA PENAGOS **Género** MASCULINO
Identificación CC 1070011948 **Fecha de Nacimiento** 18/06/1992 **Edad Actual** 31 A
Dirección RINCON SANTO **Telefono** 3222132809
Aseguradora PRECONAL-COL 2 **Fecha Ingreso** 24/06/23 14:05

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Fecha del Examen	Ciudad	Tipo de Examen	Otro
24/06/2023	CAJICA - CUNDINAMARCA	Pre-Ingreso	

Razon social de la empresa que lo contrato o contratara
PRECONAL-COL 2

Razon social de la empresa en que laborá, laborará o laboró
PRECONAL-COL 2

Cargo
CONDUCTOR

Area o Sede
TRANSPORTE DE CARGA

Examen Medico Ocupacional con énfasis en:

Dermatologico	X Osteomuscular	Riesgo vascular
Manipulador de alimentos	Alturas	Otro? Cual?

CONCEPTO DE APTITUD (No aplica para examen de egreso)

X Apto sin restricciones para el cargo	Apto para trabajo en alturas	Aplazado
Apto con recomendaciones para el cargo	Apto para trabajo en espacios confinado	Motivo de Aplazamiento
Apto con limitación o restricción que si interfiere para el cargo	Apto para manipular alimentos	

CONDUCTA Y OTRAS RECOMENDACIONES

*PARA EL PERFIL DEL CARGO DE CONDUCTOR SE RECOMIENDAN EXAMENES COMPLEMENTARIOS
-USO DE EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL(LA) TRABAJADOR(A)
-NO MANIFIESTA SIGNOS NI SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO(SARS-COV2).
-NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19
SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020

REQUISITOS DE SALUD

Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos:	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para realizar trabajos especiales	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cual:					
Concepto de aptitud apoyado en profesiograma o perfil para el cargo:	SI X	NO			

El concepto de aptitud se definio a partir de los siguientes exámenes practicados:

X	Examen Médico	Examen Radiologico	
X	Audiometría	¿Cuál(es)?	
X	Espirometría		
X	Optometría		
	Electrocardiograma		
	Exámen Psicosensometrico	Exámenes de Laboratorio	
Otro?Cual?		¿Cuál(es)?	

CONDUCTA

NA	Remisión a EPS para estudio y/o tratamiento de patolgía diagnóstica
NA	Continuar manejo actual y control por EPS
NA	Valoración por medicina del trabajo y/o Salud Ocupacional EPS
NA	Remisión a ARL por estudio y/o tratamiento
NA	Asistir a programas de promoción y prevención EPS
NA	Se prescribe tratamiento y/o solicitan paraclínicos

*NA = No Aplica

Amplie su conducta
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS

545224 135279

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

CEMEDICA S.A.S



EMEDICA
Central de Servicios Médicos Cejivá S.A.S.
Dirección: Calle 4 # 3A - 05
PBX: 8660839 - 8830139 - 8661022 - 8837330 - 3103430937
E mail: cuncejica@cemedica.com.co - cuncejica@hotmail.com
www.cemedica.com.co
Tu Salud y Bienestar en Manos Expertas

NIT	8320054448
Dirección	CL 4 NO. 3A-05
Telefono	8660839/8830139
eMail	

RECOMENDACIONES

X	**Exámen Ocupacional Anual**	X	**Higiene postural**	X	**Uso de elementos de proteccion personal**	X	**Pausas Activas**
	Reingreso laboral		**Reubicación**		**Rehabilitación profesional**		
	Otro? Cual?						

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclinicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es).
He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).
Fui informado de las medidas que tomará CEMEDICA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibi copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son veridicas. CEMEDICA para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 parágrafo del Articulo 10 - Minprotección)

MEDICO

MARITZA MANRIQUEZ CAMACHO
RM 655767 LIC. OCUPACIONAL. 1983-07-10-2022
ESP. EN LA GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Firma

MARITZA DEL CARMEN MANRIQUEZ

Registro Médico

655767

Licencia salud ocupacional

1983-07-10-2022

Julio Parra

Firma **ASPIRANTE O TRABAJADOR**

JULIO ANDRES PARRA PENAGOS

Documento de identidad

CC 1070011948

FIN DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

545227 135279

INFORME AUDIOMETRIA

24/06/23 1

CEMEDICA S.A.S
Dirección CL 4 NO. 3A-05
Teléfono 8660839/8830139
e-mail

Paciente: JULIO ANDRES PARRA PENAGOS **Género** MASCULINO
Identificación CC 1070011948 **Fecha de Nacimiento** 18/06/1992 **Edad Actual** 31 A
Direccion RINCON SANTO 3222132809
Acompañante NINGUNO **Usuario**
Aseguradora PRECONAL-COL 2
Fecha del Examen 24/06/2023 **Ciudad** CAJICA **Tipo de Examen** PREIN

Razon social empresa que lo contrato o contratara **Area o Sede**
PRECONAL CAJICA
Fecha Ingreso a la Empresa / / **Cargo** CONDUCTOR **Rotación**
Sección PLANTA **Antiguedad en el Cargo actual**

ANTECEDENTES LABORALES CON EXPOSICION AL RUIDO
EMPRESA ACTUAL

Nombre del Cargo Desempeñado (Inicie con el actual)	Tiempo	Tipo* I	C	S	N	B	R
CONDUCTOR	10 MESES				X		

Nombre Empresa	Nombre Cargo	Tiempo	Tipo Elemento Protección

ANTECEDENTES AUDITIVOS PERSONALES

Otitis		NO REFIERE
Trauma		NO REFIERE
Cirugía		NO REFIERE
Ingesta Ototóxicos		NO REFIERE
Hipoacusia Subjetiva		NO REFIERE
Acúfenos		NO REFIERE
Otro		NO REFIERE

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION A RUIDO

Tejo		NO REFIERE
Moto	X	CARRO 12 HORAS DIARIAS
Discoteca		NO REFIERE
Servicio Militar		NO REFIERE
Poligono		NO REFIERE
Manos Libres	X	OCASIONAL
Otro		NO REFIERE

Condiciones de toma de la prueba
Descanso Auditivo 24 **Horas** **Realizó re test** X **Si** **No** **Usó cabina sonoamortiguada** X **Si** **No**
Marca y referencia audiómetro utilizado SA 203 ENTOMED EN100223
Fecha de la última calibración 21/04/2023

Otoscopía
Oido Derecho NORMAL
Oido Izquierdo NORMAL

Audiometría		250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Via Aérea	Oido Derecho	10	10	10	10	10	10	10	25
	Oido Izquierdo	10	10	20	10	10	10	10	25
Via Osea	Oido Derecho								
	Oido Izquierdo								

ANALISIS COMPARATIVO

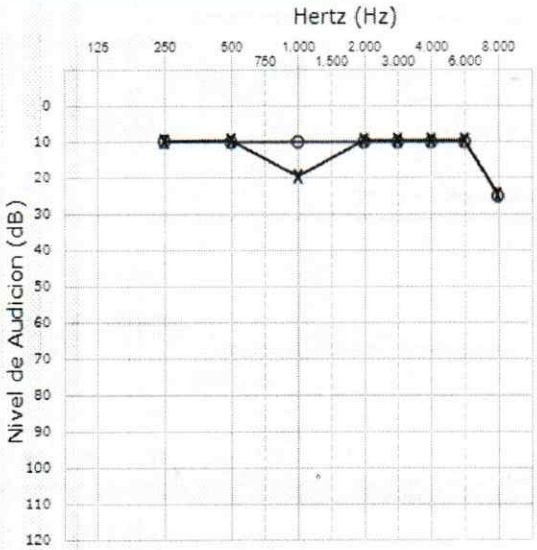
Frecuencia	Oido Derecho	Oido Izquierdo
500 Hz		
1000 Hz		
2000 Hz		
3000 Hz		
4000 Hz		
6000 Hz		

CAMBIO UMBRAL
Cambio Umbral Auditivo Oido Derecho **Si** **No**
Cambio Umbral Auditivo Oido Izquierdo **Si** **No**

PTA Promedio Tonal Auditivo	< 25 Normal > 25 Anormal
PTA OD	10,00
PTA OI	12,50

INFORME AUDIOMETRIA

CEMEDICA S.A.S
Dirección CL 4 NO. 3A-05
Teléfono 8660839/8830139
e-mail



	Oido derecho		Oido Izquierdo	
	Sin E	Con E	Sin E	Con E
Conducción aérea	O	___	X	▭
Conducción ósea	<	[	>	]
Inaudible				

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

Diagnóstico	Oido Derecho	Oido Izquierdo	Bilateral
CLASIFICACIÓN GATISO			
< 25 Db Audición Normal	X	X	X
26-40 dB Hipocusia Leve			
41-55 dB Hipoacusia Moderada			
56-70 dB Hipoacusia Moderada a Severa			
71-90 dB Hipoacusia Severa			
>90 dB Hipoacusia Profunda			

CUAT (Cambio Umbrales Auditivos Temporal)

Oido Derecho	Oido Izquierdo	Bilateral	No Realizable
Sin cambio en los Umbrales			

CUAP (Cambios Umbrales Auditivos Permanente)

Oido Derecho	Oido Izquierdo	Bilateral	No Realizable
Sin cambio en los Umbrales			

RECOMENDACIONES

Control Auditivo en un año X **Control Auditivo en seis meses** **Uso Protección Auditiva** **Control por otorrinolaringología**
Lavado Auditivo **Oido Derecho** **Oido Izquierdo**
Audiometría Confirmatoria **Fecha** / /
Exámenes Audiológicos Complemenarios

OBSERVACIONES

UMBRALES AUDITIVOS DENTRO DE PARAMETROS NORMALES DE FORMA BILATERAL - RECOM CONDUCIR CON LA VENTANA CERRADA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento.

El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interp

Fui informado de las medidas que tomará CEMEDICA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas

Evaluado Por

Laura Nataly Prieto

LAURA NATALY PRIETO CASTRO
FONOAUDIOLOGA 1003527329

Firma
LAURA NATALY PRIETO CASTRO
Registro Médico 1003527329

Interpretado Por

Firma
Nombre
Registro Médico

Aspirante o Trabajador

Julio Parra

Firma
JULIO ANDRES PARRA PENAGOS
Documento de identificacion CC 1070011948

545227 135279

INFORME ESPIROMETRIA

24/06/23 1

EMEDICA

CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05
Teléfono 8660839/8830139
e-mail

Nombre JULIO ANDRES PARRA PENAGOS
Identificación CC 1070011948 Fecha de Nacimiento 18/06/1992 Edad Actual 31 A Género MASCULINO
Direccion RINCON SANTO 3222132809
Acompañante NINGUNO Usuario
Aseguradora PRECONAL-COL 2

Fecha del Examen 24/06/2023 Ciudad CAJICA Tipo de Examen PREIN
Razón social empresa que lo contrato o contratara Centro de Trabajo (Sede)
PRECONAL

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Cargo Sección Fecha de Ingreso
CONDUCTOR / /
Antiguedad en el Cargo Peso 80,00 Talla 175,00

EXPOSICOPM ARIESGOS OCUPACIONALES EN EL CARGO ACTUAL O ANTERIORES

Polvo Humos Gases Vapores Neblinas Tiempo Exposición (Años) 0,00 Uso de Elementos Protección
Elemento(s) Utilizados(s)

HABITOS PERSONALES

	Tiempo (Años)	Cantidad diarios			
Fuma cigarrillo, tabaco o pipa	0,00	0,00	Es Exfumador	Año en que dejo de Fumar	0,00
Practica algún deporte X	Cuál FUTBOL			Con que frecuencia	CADA 15 DIAS

SIMTOMATOLOGIA Y ANTECEDENTES

Dificultad al respirar	Con esfuerzo físico	Dolor al respirar	Dónde
Tos Frecuente	Con esputo	Alergia Respiratoria	A qué
Enfermedad Cardiaca	Cuál	Asma	Edad última crisis 0,00
Cirugía de Tórax	Cuál	Otra Enferm. Respiratoria	Cuál

Le han practicado Espirometria X Resultado: Normal X Patrón Obstructivo Patrón Restrictivo Patrón Mixto No conoce resultado

RESULTADO

	Valor Hallado	Valor Predicho	Porcentaje del valor predicho
Capacidad Vital Forzada - C V F (lt)	4,27	4,39	103,00
Volumen Espiratorio Forzado Primer Segundo - V E F 1 (lt)	3,63	4,17	115,00
V E F 1 / C vf (%) Indice de Tifeneau	81,50	54,70	67,00
FlujoEspiratorio forzado F E F 25 - 75 (lt / seg)	4,51	5,23	116,00

La espirometria cumple con los criterios de aceptabilidad? X
Marca y Referencia espirómetro utilizado SPIROBANK II NEW Y09060
Escala de Interpretación Utilizada Morris Knudson X Hankinson Otro Cuál
Se realizó calibración del equipo previo al inicio de la jornada? X

INTERPRETACION

Patrón Funcional Normal X Obstructivo Restrictivo Mixto
Grado Severidad Leve Moderado Severo Muy Severo

CONDUCTA A SEGUIR

Espirometría Anual X Dejar de fumar Ingreso al PVE de quimicos Capacitación en conversación respiatoria
Bajar de peso Uso de Protección respiratoria X Actividad Fisica Remitir a EPS

EMEDICA
Dirección: Calle 4 # 3 A - 05
PBX: 8660839 - 8830139 - 8663622 - 3037330 - 3103430957
E mail: consejos@cemedica.com.co - consejos@hotmail.com
www.cemedica.com.co
Tu Salud y Bienestar en Manos Expertas

CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05
Teléfono 8660839/8830139
e-mail

OBSERVACIONES

ESPIROMETRIA NORMAL, CONTROL ANUAL USO DE PROTECCION RESPIRATORIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento.

El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).

Fui informado de las medidas que tomará CEMEDICA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. CEMEDICA para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 parágrafo del Artículo 10 - Minprotección)

Julio Parra

Evaluado
Firma
Medico Institucional
Registro Médico 1000

Firma Aspirante o Trabajador
JULIO ANDRES PARRA PENAGOS
Documento de identidad CC 1070011948

INFORME DE VISIOMETRIA - OPTOMETRIA

CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05
Teléfono 8660839/8830139
e-mail

Paciente: JULIO ANDRES PARRA PENAGOS Género MASCULINO
Identificación CC 1070011948 Fecha de Nacimiento 18/06/1992 Edad Actual 31 A
Direccion RINCON SANTO 3222132809
Acompañante/Acudiente NINGUNO Usuario

Aseguradora PRECONAL-COL 2
Fecha del Examen 24/06/2023 Ciudad CAJICA Tipo de Examen PREIN
Razón social empresa que lo contrato o contratara Centro de Trabajo (Sede)
PRECONAL-COL 2 CAJICA - CONDUCTOR

INFORMACION PERSONAL Y LABORAL ASOCIADA CON PATOLOGIA VISUAL

Ha tenido cirugías o traumas oculares?	NO	NO APLICA
Presenta actualmente molestias en los ojos?	NO	NO APLICA
Está expuesto a riesgos ocupacionales Oculares en el car	NO	NO APLICA
Usa en el cargo actual elementos de protección ocular?	NO	NO APLICA

Problemas de Refracción NO NO APLICA
Corregido NO Tipo de Corrección Frecuencia de uso NO APLICA
Tiempo de Evolución NO APLICA

Lensometría de Rx en uso OD NO USA CORRECCIÓN
OI NO USA CORRECCIÓN
Tipo de Lente

EVALUACION VISIOMETRIA

Ojo Derecho			Ojo Izquierdo			Ambos Ojos		
20=547638 NO	25 = 428576 NO	30 = 943852 NO	20 = 745932 NO	25 = 578236 NO	30 = 346752 NO	20 = 857432 NO	25=674235 NO	30=382457 NO
40=795823 NO	50 = 357248 NO	60 = 7236 NO	40 = 534268 NO	50 = 752386 NO	60 = 6254 NO	40 = 563472 NO	50=859423 NO	60=8927 NO
70=9574 NO	100 = 92 NO	200 = 5 NO	70 = 8453 NO	100 = 85 NO	200 = 3 NO	70 = 2978 NO	100 = 43 NO	200=9 NO

Percepción del Color: 4 1 6 3

EVALUACION OPTOMETRIA

Dial No 2 AGUDEZA VISUAL

	Visión Lejana	Visión Próxima
OD	20/20	0.5M
OI	20/20	0.5M
AO	20/20	0.5M

Letras SI Numeros E Direccional NO Uso de corrección en el examen NO

Dial No 3 RETINOSCOPIA Ojo Der. NEUTRO
Ojo Izq. NEUTRO
SUBJETIVO Ojo Der. NEUTRO
Ojo Izq. NEUTRO
Dial No 4 QUERATOMETRIA Ojo Der.
Ojo Izq.

Dial No 5 FORIAS
LATERAL Normal SI VERTICAL Normal SI

Dial No 6 VISION PEREFERICA
EVALUADA SI Normal SI

Dial No 7 PERCEPCION DEL COLOR
EVALUADA SI Normal SI

Dial No 8 ESTEREOPSIS
Dial No 8 ESTEREOPSIS

TEST DE LA MOSCA

Angulo a 40 cm en seg de Arco		
800	140	60
600	100	50
400	80	40 X

Dial No 9 EVALUACION SEGMENTO EXTERNO
Ojo Derecho Anormal NO Tipo ANEXOS OCULARES NORMALES
Ojo Izquierdo Anormal NO Tipo ANEXOS OCULARES NORMALES

Dial No 10 OFTALMOSCOPIA
Ojo Derecho Anormal NO Tipo BRUCKNER SIMETRICO
Ojo Izquierdo Anormal NO Tipo BRUCKNER SIMETRICO

INFORME DE VISIOMETRIA - OPTOMETRIA

EMEDICA
Central de Servicios Médicos Cajicá S.A.S.
Dirección: Calle 4 # 3 A - 05
PBX: 8660839 - 8830139 - 8641022 - 8837330 - 3103430937
E mail: cimcajica@emedica.com.co - cimcajica@hotmail.com
www.emedica.com.co
Tu Salud y Bienestar en Manos Expertas

CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05
Teléfono 8660839/8830139
e-mail

PATOLOGIA DE REFRACCION

	Lejos		Cerca	
	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Agudeza Visual Normal	X	X	X	X
Adecuadamente Corregida				
Inadecuadamente Corregida				
No Corregida				
No requiere Corección				

Visión de profundidad **Normal** SI **Percepción de Colores** **Normal** SI
Forias **Normal** SI **Visión Periférica** **Normal** SI

Cumple requerimiento ocupacional SI **Debe usar corrección para laboral** NO

Observación CONDICIONES FUNCIONALES NORMALES

Diagnóstico EMETROPIA FUNCIONAL

Remisión a: **Ortópica** NO **Oftalmología** NO **Contactología** NO **Control en** 1 AÑO

OBSERVACIONES

APTO PARA EL DESARROLLO DE TAREAS VISUALES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento.

El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).

Fui informado de las medidas que tomará UNIMOS SALUD para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. UNIMOS SALUD para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 parágrafo del Artículo 10 -

WILLIAM FERNEL GOMEZ MURCIA
OPTOMETRA
CC 79557094
2511 CTNPO

Julio Parra

Evaluado
Firma
WILLIAM FERNEL GOMEZ MURCIA
Registro Médico 2511 CTNPO

Firma Aspirante o Trabajador
JULIO ANDRES PARRA PENAGOS
Documento de identidad CC 1070011948