



231-E231-206171

Página N° : 1 of 1
 Fecha ingreso : 24/01/2025 07:17:04 AM
 Fecha de muestra: 24/01/2025 07:17:04 a. m.
 Fecha impresion : 24/01/2025 10:21:06 AM

No. de Orden: E231-206171
 Paciente : IMBACUAN BERMEO LUCIANO
 Documento Id: 4615886
 Empresa : PARTICULAR
 Sede : POPAYAN
 E-Mail : luciano.imbacuan@gmail.com

No. Interno : E231-206171
 Edad : 44 a 5 m 22 d
 Fecha Nacimiento: 02/08/1980
 Sexo : MASCULINO
 Teléfono : 3178431311
 No. Autoriza :

GLU**

Web

Examen	Resultado	Unidades	Intervalo Biológico de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------------------

QUIMICA CLINICA

GLICEMIA BASAL Suero

GLICEMIA BASAL

Tecnica: HEXOQUINASA

85.3 mg/dL 74 - 106

Validó: Reg 1051670134 EDWIN PATERNINA GARCIA

24/01/2025 10:09 AM

FIRMA

Director Laboratorio - Bacteriólogo

-
24/01/2025 10:09 AM

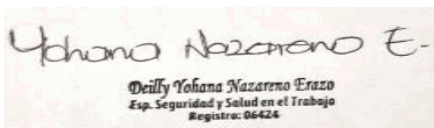
LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.326

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24 DÍA	01 MES	2025 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
IMBACUAN BERMEO LUCIANO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	44 AÑOS 5 MESES 22 DÍAS	CC	4415886
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo ADMINISTRADOR DE EMPRESAS							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO SIN RESTRICCIONES							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES	
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS			CONTROL DE PESO	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
CONCEPTO MÉDICO LABORAL: PACIENTE SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO DE INSTRUCTOR A DESEMPEÑAR. EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES, SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS ESTRUCTAS CADA 2 HORAS Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, VALORACIÓN ANUAL POR MEDICINA LABORAL. SIN DIAGNOSTICOS DE PATOLOGIAS DE ORIGEN LABORAL. PARACLINICOS Y VALORACION POR PSICOLOGIA SIN ALTERACIONES.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: <u>Yohana Nazareno Erazo</u> Nombre: NAZARENO ERAZO DEILLY YOHANA R. M.: 06424/2015 L.S.O.: 06424/2015				 Firma: _____ Nombre: IMBACUAN BERMEO LUCIANO CC: 4415886			
Código de Seguridad				V1003B1H11326			