IPS Exisalud
Servicios Integrales en Salud

IPS EXISALUD SAS
NIT. 901.385.351-0
Avenida Boyacá No 64F - 42, Bogotá, Colombia
Cel. 3164637448 - Tel. 9371020
E-mail. admon@exisaludsas.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 58.217

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	04 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	**ALCALDIA LOCAL DE SUBA**
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)

FRESNEDA CASTAÑEDA RONALD JAY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	37 AÑOS 11 MESES 0 DÍAS	CC	80926283
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ADMINISTRADOR AMBIENTAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

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:

OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPIDICO (COL-HDL-LDL-TRIG)	✓
EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR DE PRE-INGRESO	✓	AUDIOMETRÍA	✓
GLICEMIA	✓	ENFASIS CARDIOVASCULAR	✓
CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA)	✓	ÉNFASIS PSICOMETRICO	✓

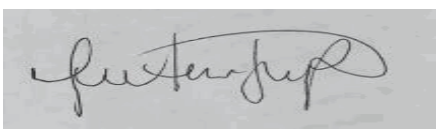
RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE INDICA DISTANCIAMIENTO SOCIAL, USO DE TAPABOCAS EN SERVICIOS DE TRANSPORTE PUBLICO Y EN SITIOS CON AGLOMERACIONES
SE RECOMIENDA LAVADO DE MANOS FRECUENTE CON EL FIN DE EVITAR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y GASTROINTESTINALES
TIENE 2 DOSIS DE VACUNA CONTRA EL COVID 19- SINOVAC
IMC 24.26

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



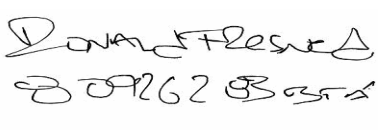
Firma:

Nombre: JURADO RAMIREZ ALEJANDRA

R. M.: 73860/2015 **L.S.O.:** RESOL. 1623 DEL 1/0

Código de Seguridad
K739Q1W58217

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: FRESNEDA CASTAÑEDA RONALD JAY

CC: 80926283

IPS Exisalud
Servicios Integrales en Salud

IPS EXISALUD SAS
NIT. 901.385.351-0
Avenida Boyacá No 64F - 42, Bogotá, Colombia
Cel. 3164637448 - Tel. 9371020
E-mail. admon@exisaludsas.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.465

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	02 MES	2021 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO**

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)

FRESNEDA CASTAÑEDA RONALD JAY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	35 AÑOS 8 MESES 27 DÍAS	CC	80926283
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ADMINISTRADOR AMBIENTAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE LABORAL EN EL CARGO ASIGNADO

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:

OPTOMETRÍA ✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES:

HÁBITOS ALIMENTICIOS Y DE VIDA SALUDABLES.

COMER A HORARIOS. 6/ USO DE BLOQUEADOR SOLAR 2 VECES AL DÍA.

CONTROL CON ODONTOLOGÍA ANUAL Y CON MEDICINA GENERAL ANUAL POR EPS.

EJERCICIO 3 VECES/SEMANA COMO MÍNIMO 30 MINUTOS CADA VEZ.

CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE.

TÉCNICA DE LAVADOS DE MANOS CON EL FIN DE EVITAR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y DIARREICAS.

PANDEMIA ACTUAL:

SE RECOMIENDA LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EMITIDAS EN CIRCULAR EXTERNA 0030 DE 2020 DE FECHA 8 DE MAYO 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL FRENTE A LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19 SEGUIR LAS SIGUIENTES INDICACIONES:

LAVADO DE MANOS AL INGRESO A SU TRABAJO, CADA 3 HORAS, ANTES DE COMER, ANTES Y DESPUÉS DE MANIPULAR EQUIPOS Y HERRAMIENTAS DE TRABAJO, POLÍTICAS DE HIGIENE RESPIRATORIA.

INFORMAR A SU EMPLEADOR SI PRESENTA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS O SI HA PRESENTADO CONTACTO CON PERSONAS POSITIVAS PARA COVID-19 SIN PROTECCIÓN.

ASISTIR A CAPACITACIONES, ACATAR MEDIDAS Y PROTOCOLOS DE SU EMPRESA Y LOS NACIONALES FRENTE A COVID - 19.

CUMPLIR INDICACIONES DE LA AUTORIDAD LOCAL SOBRE RESTRICCIONES DE MOVILIDAD Y OTRAS.

LIMPIEZA ENFATIZANDO EN: LAVADO DE MANOS, HIGIENE RESPIRATORIA, USO DE TAPABOCAS, DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES Y UTENSILIOS DE TRABAJO.

PROMOVER CAMINATAS O TRASLADOS EN BICICLETA.

MANTENER DISTANCIAMIENTO SOCIAL.

EVITAR MANIPULACIÓN DEL ROSTRO (OJOS NARIZ BOCA).

USO DE ANTIBACTERIAL.

VENTILACIÓN ÁREA DE TRABAJO CASA O VEHÍCULO.

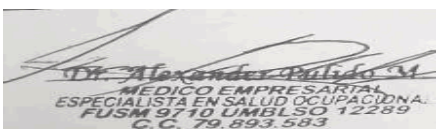
DESINFECCIÓN DE ÁREAS Y HERRAMIENTAS AL TERMINAR EL TURNO.

LAVADO DE MANOS AL INGRESO Y SALIDA DE ESPACIOS COMUNES.

CUMPLIR PROTOCOLOS ESPECÍFICOS SEGÚN TIPO DE ACTIVIDAD.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

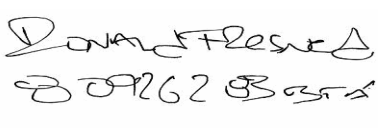
Nombre: PULIDO MONCADA JEISSON ALEXANDER

R. M.: 79893583 **L.S.O.:** 79893583

Código de Seguridad

Z739F1L7465

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: FRESNEDA CASTAÑEDA RONALD JAY

CC: 80926283

IPS Exisalud
Servicios Integrales en Salud

IPS EXISALUD SAS
NIT. 901.385.351-0
Avenida Boyacá No 64F - 42, Bogotá, Colombia
Cel. 3164637448 - Tel. 9371020
E-mail. admon@exisaludsas.com



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 1,482

Fecha: 12/02/2021 **Municipio:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **CC:** 80926283 **Nombre:** FRESNEDA CASTAÑEDA RONALD JAY **Edad:** 35 AÑOS 8
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** ADMINISTRADOR AMBIENTAL **Empresa:** PARTICULARES
Eps: SANITAS **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO **F. Último Examen:** HACE DOS AÑOS
Lugar del Último Examen: IPS SST **Motivo Consulta:** EXAMEN DE INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20	0.50	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	0.50	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **IMPRATICABLE POR DISTANCIA RIESGO DE COVID 19**
OJO IZQUIERDO: **IMPRATICABLE POR DISTANCIA RIESGO DE COVID 19**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **42.00/43.00 0**
OJO DERECHO: **42.00/43.00 0**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: **NEUTRO** AV VL 20/ **20**
OJO IZQUIERDO: **NEUTRO** AV VL 20/ **20**

RX FINAL

OJO IZQUIERDO	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**	ADD
OJO DERECHO	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**	ADD

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

FUNCION VISUAL Y OCULAR NORMAL EN AMBOS OJOS NO REQUIERE CORRECION OPTICA PARA SU DESEMPEÑO LABORAL, CONTROL EN UN AÑO

OPTOMETRA



Firma:

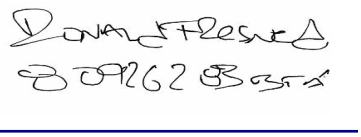
Nombre: MARTINEZ SILVERA OLGA TATIANA

R. M.: 7151 **L.S.O.:** 7151/2019

Código de Seguridad

H739N3T1482

PACIENTE



Firma:

Nombre: FRESNEDA CASTAÑEDA RONALD JAY

CC: 80926283

Exisalud IPS

Servicios Integrales en Salud

Paciente:	**RONALD FRESNEDA CASTAÑEDA**	**Codigo:**	11959
Edad:	**0 meses**	**Fecha:**	**06/012/21**
Identificación:	**80926283**	**Sexo:**	**MASCULINO**

QUIMICA

Nombre del Examen	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
Colesterol Total	149	mg/dl	Menor a 200
Colesterol H.D.L.	39,5	mg/dl	H:30 -70; M: 30 - 85
Colesterol L.D.L.	81,7	mg/dl	
Trigliceridos	139	mg/dl	Menor a 150

ANDREA DEL PILAR CAÑOI

BACTERIOLOGA U.C.M.C

REG 52359661-1

Av Boyaca N° 64f - 42 Pbx. 9 37 10 20 Cel. 3123530163
E-mail servicioalcliente@exisaludsas.com www.exisaludsas.com