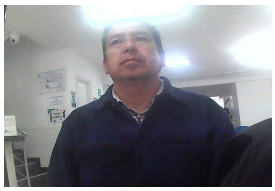
CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha de examen: 2025-02-12 **Fecha de impresión: 2025-02-12**

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	FAYARDO HERNANDEZ ALDANA		
Identificación:	CC	**Número:**	79053951
Fecha de Nacimiento:	1968-06-25	**Edad:**	56
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	O +	**Ciudad - Sede:**	BOGOTA, D.C.
Estado civil:	CASADO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
Dirección:	CL70B 111 85	**Teléfono:**	3143877734
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR	**Cargo:**	CONTRATISTA
Sucursal:	NO APLICA	**Sede:**	1.CASTELLANA

TIPO EXAMEN: PREOCUPACIONAL **ENFASIS:**

EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	HISTORIA CLINICA VISIOMETRIA	INFORME DE ENTREVISTA Y APLICACION DE PRUEBA PSICOLOGICA
GLICEMIA PRE		

CONCEPTO

CONCEPTO	SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO
RECOMENDACIONES	PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN RIESGOS LABORALES PROGRAMADAS POR LA EMPRESA.
OBSERVACIONES	CONTROL PERIODICO SEGUN PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA CONTROLES PREVENTIVOS EN SALUD POR SU EPS, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS,HACER USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. USO DE LENTES CORRECTIVOS EN ESFUERZO VISUAL. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. PAUSAS ACTIVAS Y GIMNASIA LABORAL 2 VECES AL DIA CON ENFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES Y COLUMNA VERTEBRAL. MANTENER UNA BUENA HIGIENE POSTURAL, HACER ACTIVIDAD FÍSICA REGULARMENTE, REALIZAR ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN SALUD Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Yanira K. Ortega Rivera
Médico Especialista
RM 1140839428
Licencia No. 4535/22-20/08/2022

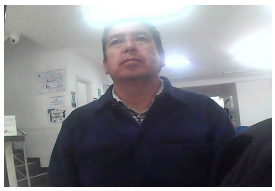
YANIRA ORTEGA RIVERA
1140839428
RM: 4535/2022
Firma y sello del médico evaluador

FAYARDO HERNANDEZ ALDANA
Documento: 79053951
Firma del trabajador

Fecha Atención :
2025-02-12 08:06:48

Fecha impresión :
2025-02-12 09:12:23

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	FAYARDO HERNANDEZ ALDANA		
Identificación:	CC	**Número:**	79053951
Fecha de Nacimiento:	1968-06-25	**Edad:**	56
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	O +	**Ciudad - Sede:**	BOGOTA, D.C.
Estado civil:	CASADO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
Dirección:	CL70B 111 85	**Teléfono:**	3143877734
EPS:	EPS COMPENSAR	**ARL:**	NO REFIERE
AFP:	PORVENIR S.A.		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR	**Cargo:**	CONTRATISTA
Sede:	1.CASTELLANA		

TIPO EXAMEN: PREOCUPACIONAL

ENFASIS:

DATOS DE LA CITA

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**SUCURSAL**	
CARGO			

CONCEPTO

RESULTADO DE LA PRUEBA	Orientado en tiempo y espacio,alerta, estable a nivel emocional, alto sentido de la responsabilidad y la ética, refiere no padecer alguna enfermedad mental que le impida ejercer su trabajo, manifiesta actitud positiva frente a las situaciones de la vida, con mucho interés por su trabajo, comunicación directa y asertiva, decidida, con un proyecto de vida definido, con metas que cumple de acuerdo a sus intereses	**CANDIDATO**	APTO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

MARIA MONICA MEJIA MEJIA
39547776
RM: LSO
Firma y sello del médico evaluador

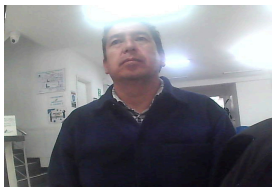
FAYARDO HERNANDEZ ALDANA
Documento: CC 79053951
Firma del trabajador

Controlar SALUD INTEGRAL S.A.S

Fecha Atención :
2025-02-12 08:19:45

Fecha impresión :
2025-02-12 09:11:49

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	FAYARDO HERNANDEZ ALDANA		
Identificación:	CC	**Número:**	79053951
Fecha de Nacimiento:	1968-06-25	**Edad:**	56
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	O +	**Ciudad - Sede:**	BOGOTA, D.C.
Estado civil:	CASADO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
Dirección:	CL70B 111 85	**Teléfono:**	3143877734
EPS:	EPS COMPENSAR	**ARL:**	NO REFIERE
AFP:	PORVENIR S.A.		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR	**Cargo:**	CONTRATISTA
Sede:	1.CASTELLANA		

TIPO EXAMEN: PREOCUPACIONAL **ENFASIS:**

DATOS DE LA CITA

EMPRESA

RAZON SOCIAL		**SUCURSAL**	N/A
CARGO			

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES VISUALES	USA RX VISION CERCA

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES	USUARIO DE COMPUTADOR

MOTIVO CONSULTA

MOTIVO CONSULTA	EXAMEN DE INGRESO

ULTIMO CONTROL VISUAL

ULTIMO EXAMEN	Entre 1 año y 2 años	**USA RX**	SI
INTERPRETACION	VISION NORMAL CON RX VP	**ANTIGÜEDAD**	2 AÑOS

SINTOMAS

SINTOMAS	NO REFIERE

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD	20/20	**CON CORRECCION OD**	NO USA
SIN CORRECCION OI	20/40	**CON CORRECCION OI**	NO USA
SIN CORRECCION AO	20/20	**CON CORRECCION AO**	NO USA

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD	1.50M	**CON CORRECCION OD**	0.50M
SIN CORRECCION OI	2.00M	**CON CORRECCION OI**	0.75M
SIN CORRECCION AO	1.50M	**CON CORRECCION AO**	0.50M

SEGMENTO ANTERIOR

OJO DERECHO	NORMAL	**OJO IZQUIERDO**	NORMAL

PERCEPCION

COLOR	TEST ISHIHARA NORMAL	**PROFUNDIDAD**	TEST NORMAL 40 SEG ARCO

MOVIMIENTO

CONVERGENCIA

LUZ	8 CM	**OR**	7 CM

COVER TEST

VL	ORTOFORIA	**VP**	EXOFORIA

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO	MEDIOS REFRINGENTES TRANSPARENTES, FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL.	**OJO IZQUIERDO**	MEDIOS REFRINGENTES TRANSPARENTES, FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL.

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	H524 PRESBICIA	**DIAGNOSTICO 1**	H520 HIPERMETROPIA
DIAGNOSTICO 2			

OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES	AMETROPIA VISUAL CORREGIDA, REQUIERE USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE PARA LABORAR, USO DE EPP VISUAL, CONTROL ANUAL. ACTUALIZAR FORMULA OI	**OBSERVACIONES**	REQUIERE USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE PARA LABORAR, USO DE EPP VISUAL, CONTROL ANUAL. ACTUALIZAR FORMULA OI

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

Jheny P. Ayala Z.
OPTOMETRA
ESP. SO. RES. 14843

JHENY PATRICIA AYALA ZARATE
51796311
RM: LSO
Firma y sello del médico evaluador

FAYARDO HERNANDEZ ALDANA
Documento: CC 79053951
Firma del trabajador

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión : 2025-02-12

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	FAYARDO HERNANDEZ ALDANA		
Identificación	CC	**Nro**	79053951
Fecha de Nacimiento	1968-06-25	**Edad**	56
Sexo	M	**Empresa**	PARTICULAR
Fecha cita	2025-02-12 07:32:41	**Sede**	1.CASTELLANA
Direccion	Cra 45a # 94- 91		

GLICEMIA PRE

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	110 dato confirmado	Unidad de Medida:mg/dl	Referencia:70-105



ANDREA IBETH REYES CASAS
RM 1018426647
Firma y sello del médico evaluador