DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

PROFESIONAL INDEPENDIENTE
Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Carrera 21 Nº 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 – Código prestador 110010821201
Licencia Salud Ocupacional Resolución Nº 15006/2015 de Secretaria Salud Bogotá



EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante:	SUBRED INTEGRADA DE SERVIVOS DE SALUD SUR				
Dir:				Nit:	
Fecha	DIC 14 / 2024	Cargo:	AUXILIAR DE ENFERMERIA		
Tipo de examen	Ingreso SI	Periódico ----------	Retiro ----------	Trabajo en alturas NO	

TRABAJADOR

Apellidos	TIQUE SANTA		Nombres	MARIA ERIKA	
ID.	1.023.884.559	Tel:	3177747978	Sexo FEM	Edad 35
Pofesión	AUXILIAR DE ENFERMERIA			Diestro SI	Zurdo ---

Con los siguientes exámenes:

MÉDICO OCUPACIONAL SI	OPTOMETRÍA/ VISIOMETRIA: SI ----------	AUDIOMETRÍA ----------
OSTEOMUSCULAR SI ----------	ELECTROCARDIOGRAMA ----------	ESPIROMETRÍA ----------
GLICEMIA ----------	COLESTEROL, ----------	TRIGLICÉRIDOS ----------
Otros ----------		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto con restricciones ----------	Puede continuar su labor ----------
Apto con restricciones que no limitan su labor ----------	Puede continuar con reubicación laboral ----------
Apto para el cargo SI	Examen de retiro satisfactorio ----------
Aplazado por restricciones ----------	Examen de retiro con patología ----------
Apto para trabajo en alturas. NO	No apto ----------

Restricciones médicas ocupacionales	NO PRESENTA RESTRICCIONES
OBSERVACIONES:	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal SI	Valoración por: ----------
Hacer pausas activas. SI	Reubicación laboral temporal. ----------
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio. SI	Rehabilitación ocupacional. ----------
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica	Realización de pruebas complementarias ----------
Otras	USAR ANTEOJOS PERMANENTES

La presente certificación se expide con base en la Historia Clinica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial

Médico Licencia en Salud Ocupacional NO ES VALIDO SIN EL SELLO SECO	Maria Erica Tique Santa c.c. 1023884559 CONSENTIMIENTO INFORMADO. Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud. TRABAJADOR EXAMINADO	Indice derecho

v1. 2024

ANEXO OSTEOMUSCULAR

El presente anexo es parte integral de la historia clínica ocupacional como resultado de la evaluación médica ocupacional

Dia	14	Mes	DICIEMBRE	Año	2024
TIPO DE EXAMEN		Ingreso	SI	Periódico	Retiro

Apellidos	TIQUE SANTA	Nombres	MARIA ERIKA
ID	1.023.884.559	Sexo FEMENINO	Edad 35 AÑOS

MOVILIDAD	DERECHA			IZQUIERDA		
SEGMENTO	FLEX	EXT	ABDUC	FLEX	EXTqa	ABDUC.
Hombro	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Coxofemoral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mano	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cuello de pie	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	FLEXION	EXTENSION		FLEXION	EXTENSIÓN	
Codo	✓	✓		✓	✓	
Rodilla	✓	✓		✓	✓	

REVISIÓN POR SÍNTOMAS			
SINTOMA	SI	NO	COMENTARIO
Cervicalgia		✓	
Dorsalgia		✓	
Lumbalgia		✓	
Artralgia		✓	
Tendinitis		✓	
Amputaciones		✓	

COLUMNA VERTEBRAL	Cifosis? NO	Escoliosis? NO	Lordosis? NO	Flexión NORMAL

SISTEMA MUSCULAR	NORMAL	ANORMAL	SISTEMA MUSCULAR	NORMAL	ANORMAL	TEST ESPECÍFICOS	
Pectoral mayor	✓		Flexores de cadera	✓		Rascado de Apley	
Biceps braquial	✓		Extensores de cadera	✓		Phalen (T Carpo)	
Triceps braquial	✓		Cuádriceps	✓		Tinel (T Carpo)	
Supraespinoso	✓		Gemelos	✓		Test Lassegue	NORMAL
Infraespinoso	✓		Marcha puntillas	✓		Finkelstein (Qv.)	
Deltoides	✓		Marcha talones (L5S1)	✓		Test epicondilitis	

DIAGNOSTICO LESIONES LABORALES ÓSEAS O MUSCULARES ?	
Limitaciones	NO
Malformaciones	NO
Secuelas	NO

OBSERVACIONES.

Dr. Gustavo Contreras Salamanca Médico Especialista Salud Ocupacional
L.S.O. 15006 de 2015 Secretaría Distrital de Salud

NO ES VALIDO SIN EL SELLO SECO

Maria Erica Tique Santa.
C.C. 1023884559
Trabajador Examinado



v. 1-2024

Dra. Carolina Chaparro Martínez
Optómetra U. de la Salle Especialista en Gerencia de Salud y Seguridad en el Trabajo - TP 52524224
Carrera 21 No. 25-24 sur • Barrio Olaya - Bogotá, D.C.
Celular: 312 7281731 - 313 8891028 - 311 5633431
Tel.: 601 445 7557 • Email: grupohealthcaresas@gmail.com

Health & Care S.A.S.
NIT. 901.363.306-4

CERTIFICADO DE VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

OPTOMETRIA ☐
VISIOMETRIA ☒

Nombres y Apellidos: Maria Erika Tique Santa | Identificación: CC X 1023884559

Sexo: F X M ☐ | Edad: 31 años | Empresa: Subred sur. | Fecha: 14 12 24

EPS: Salud total | ARP: Sura.

CONSENTIMIENTO INFORMADO VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

Yo, _____ identificado (a) como aparece al pie de mi firma, certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debidamente, respecto a la valoración visual que se me va a realizar, que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) de la autonomia suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la valoración visual si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea. Que se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablará del tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si no decido realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentarse reacciones adversas para mi salud.

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Ocupación	Tiempo en este Oficio	Exigencia Visual de Oficio
Aux Enfermeria	10 años	Visión Lejana (20/200) Visión Próxima (20/200)

¿Considera que las condiciones en que trabaja son adecuadas para sus ojos? SI X NO ☐

¿Por qué? _____

¿Utiliza alguna protección? SI ☐ NO X ¿Cuál? _____

Oficios anteriores 1. _____ Tiempo _____ 2. _____ Tiempo _____

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

Fecha último examen de Visiometria	Tiene lentes formulados	Último cambio	Utiliza la corrección actualmente
23-10-2023	SI ☐ NO X	NO	SI ☐ NO X

Tipo de Lentes: Progresivos ☐ Bifocales ☐ Monofocales ☐ Lentes de contacto ☐ 2 pares de RX ☐

Forma de uso: Permanentes ☐ Ocasionales ☐ V. Lejana ☐ V. Próxima ☐ | Síntomas SI ☐ NO ☐ ¿Cuál? _____

Exámen Externo	Exámen Motor	Oftalmoscopia
OD: normal OI: normal	Normal X Anormal ☐	ODI Normal X Anormal ☐

Agudeza Visual	V. Próxima	PH	Con corrección
OD 20/40 OI 20/30	OD 20/20 OI 20/20	OD // OI //	OD // OI //

Retinoscopia	RX Final
OD _____ AV _____ OI _____ AV _____	OD _____ AV _____ OI _____ AV _____

V Cromática Normal X Anormal ☐ Test de esteropsis 40 Segundos de arcos

IDX Astigmatismo | Uso de RX SI X NO ☐ | Interpretación: Dificultad en vision.

Observaciones: Requiere Gafas Permanentes y Para el trabajo

RECOMENDACIONES LABORALES

Control Anual	Uso de Protección Visual	Remisión a la EPS
SI X NO ☐	SI X NO ☐	SI ☐ NO X

FIRMA OPTOMETRA

Maria Erica Tique Santa
1023884559
FIRMA DEL PACIENTE