



# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

No. 1 (#99839)

Ingreso con Énfasis Osteomuscular



CIUDAD: AGUACHICA

FECHA: 07 DD 02 MM 2024 AAAA 05:19 PM HORA

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

Nombre de la Empresa	INDEPENDIENTE	Cargo	INSTRUCTOR
Sede	AGUACHICA	Sección / Empresa en Misión	

## DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MAURICIO		GUERRERO	TELLEZ
Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía	Número: 18904415	Edad: 39 Años	

## CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

☒ Sin limitaciones o restricciones para el cargo ☐ Con Restricciones o limitaciones para el cargo ☐ Aplazado

### Motivo del aplazamiento:

Se recomienda valoración por EPS: ☐ SI ☒ NO

Se entrega formato de remisión a EPS: ☐ SI ☒ NO

## LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Describe cuales son, ante que condiciones o funciones, cuales factores de riesgo. T (temporal) P (Permanente)

Agentes o Factores de Riesgo	T	P	Recomendaciones
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

### Recomendaciones:

USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HIGIENE POSTURAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

## EXÁMENES REALIZADOS

<input checked="" type="checkbox"/> Ingreso con Énfasis Osteomuscular	<input checked="" type="checkbox"/> OPTOMETRIA	<input checked="" type="checkbox"/> ENFASIS CARDIOVASCULAR	<input checked="" type="checkbox"/> MUSCULO ESQUELÉTICO	<input checked="" type="checkbox"/> PERFIL LIPIDICO
<input checked="" type="checkbox"/> GLICEMIA	<input checked="" type="checkbox"/> CUADRO HEMATICO			

### Otros exámenes:

Uir en Programas de Vigilancia Epidemiológica: ☒ Cardiovascular ☒ Osteomuscular ☒ Auditivo ☒ Visual ☐ Respiratorio

Consentimiento informado del Aspirante o trabajador: Autorizo al Dr(a) abajo mencionado(a) Profesional adscrito a Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar a realizar a mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) 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), la asesoría antes de las tomas de las pruebas. Entiendo que la realización de las pruebas ocupacionales es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizara el(los) examen(es) ocupacional(es). Fui informado de las medidas que tomará Centro Integral de Apoyo Terapéutico Superar para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente y que me encuentro en la capacidad de expresar mi consentimiento.

### Médico

Firma: Elver Cardenas Anteliz  
Nombre: Dr(a) ELVER CARDENAS ANTELIZ  
Registro Médico: 1334 Licencia Salud Ocupacional: 8952

### Aspirante o trabajador

Firma: Mauricio Guerrero Tellez  
Nombre: MAURICIO GUERRERO TELLEZ  
Documento Identidad: 18904415

NIT. 49775079-5

Calle 5 N 32-63  
Telfax: (5) 565 16 14  
Celular: 310 325 06 60  
Aguachica - Cesar



RESULTADOS

Página 2 de 2

Sede PRINCIPAL  
Id. Paciente CC 18904415 GUERRERO MAURICIO  
Teléfonos  
Entidad CIAT SUPERAR  
Sala CONSULTA EXTERNA

Impreso 07 feb. 2024 03:11:29 pm  
Sexo: M Edad: 39A 0MND De Recepción 203732  
Fecha De Recepción 07 feb. 2024 09:58:37 am

SubEntidad SIN SUBENTIDAD  
Médico ASIGNADO NO

Resultados	Cama	Unidades	Valores Referencia
------------	------	----------	--------------------

QUIMICA

Colesterol total sérico 188 mg/dl

Valor deseado/ sin riesgo aparente: Menor de 200 mg/dl  
Valor límite con riesgo promedio: 200-239 mg/dl  
Valor fuera del límite (Riesgo proporcional al valor): Mayor a 240 mg/dl  
Muestra leída con patrón y control de calidad.

Fecha Reporte 07 feb. 2024 11:48 am

Glicemia en ayunas 80 mg/dl

VALORES DE REFERENCIA SEGÚN LA ADA Y OMS  
Niveles de Glicemia Normal: 70-100 mg/dl.  
Glicemia Basal Alterada (AGA): 101-125 mg/dl.

Fecha Reporte 07 feb. 2024 11:48 am

Colesterol HDL 46 mg/dl Mayor a 40 mg/dl.

VLDL 17.8 mg/dl Hasta 30 mg/dl.

Fecha Reporte 07 feb. 2024 11:51 am

Colesterol LDL 124.2 mg/dl Hasta 140 mg/dl

Fecha Reporte 07 feb. 2024 11:51 am

Triglicéridos sérico 89 mg/dl

Óptimo: Hasta 150 mg/dl  
Ligeramente Elevados: 150-199 mg/dl  
Elevados: 200-499 mg/dl  
Muy Elevados: Mayor de 500 mg/dl

Fecha Reporte 07 feb. 2024 11:48 am

Dr Rafael Atencio  
Tp 20-1470

NIT. 49775079-5

Calle 5 N 32-63  
Telfax: (5) 565 16 14  
Celular: 310 325 06 60  
Aguachica - Cesar



RESULTADOS

Página 1 de 2

Sede PRINCIPAL  
Id. Paciente CC 18904415 GUERRERO MAURICIO  
Teléfonos  
Entidad CIAT SUPERAR  
Sala CONSULTA EXTERNA

Impreso: 07 feb. 2024 03:11:29 pm  
Sexo: M Edad: 39A 0M 0D De Recepción 203732  
Fecha De Recepción 07 feb. 2024 09:58:37 am

SubEntidad SIN SUBENTIDAD  
Médico ASIGNADO NO

Resultados	Unidades	Valores Referencia
------------	----------	--------------------

HEMATOLOGIA

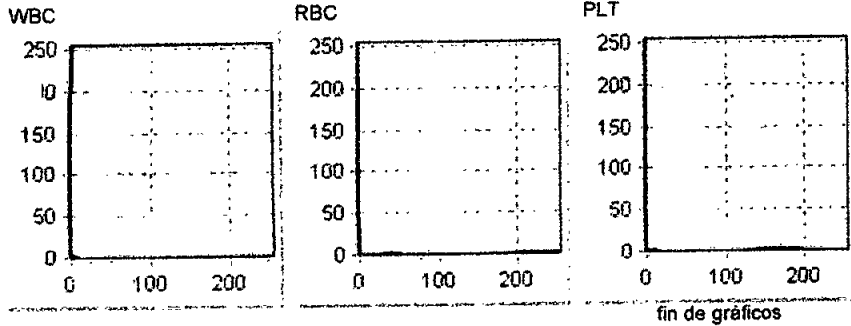
HEMOGRAMA TIPO V

Hemoglobina	13,30	gr/dl	14 a 17,40
Hematocrito	41,42	%	45 a 52
Eritrocitos	5,11	$\times 10^6/\text{mmc}$	4,50 a 6,50
Volumen corpuscular (PVC)	81	um3	84 a 96
Hemoglobina Corpuscular (PHC)	25,90	pg	27 a 32
Concentración de Hemoglobina Corpuscular (CHC)	32	gr/dl	30 a 35
RDWsd	36,10	fL	46 a 59
RDWcv	14	%	0 a 15
Recuento de Leucocitos	6,06	$\times 10^3/\text{mmc}$	5 a 10
P.N. Neutrofilos	59,70	%	46 a 76
Linfocitos	35,30	%	20 a 45
Monocitos	5,10	%	0 a 5
Linfocitos/mmc	2,14	$\times 10^3/\text{mmc}$	1,30 a 4
Monocitos/mmc	0,31	$\times 10^3/\text{mmc}$	0,15 a 0,70
Recuento de Plaquetas.	325	$\times 10^3/\text{mmc}$	150 a 450
PCT	0,22	%	0 a 20
MPV	6,80	fL	7 a 15
PDWsd	10	fL	


NOTA: Los valores de referencia del Hemograma son clasificados por sexo y rangos de edad acordes con el paciente.

Fecha Reporte 07 feb. 2024 12:00 pm

Zona de gráficos



QUIMICA

 <b>OPTOMETRÍA OCUPACIONAL</b>	CIUDAD Y FECHA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN OCUPACIONAL
	07	02	2024	AGUACHICA	Ingreso con Énfasis Oftalmomuscular
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
INDEPENDIENTE			AGUACHICA		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE					
GUERRERO	TELLEZ	MAURICIO	Documento de identificación CC 18904415		
Sexo <input checked="" type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Fecha de Nacimiento 06 12 1984		Lugar de Nacimiento OCAÑA		Edad 39 Años

### EXPOSICIÓN A RIEGOS OCUPACIONALES OCULARES EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIOR

Tipo de Riesgo	Tiempo de Exposición				Utiliza Protección Visual	
	Acumulada		Diaria		De que tipo	
¿Hubo o existió exposición para cada una de las respuestas afirmativas	SI	NO	Años	Meses	Días	Horas
Radiación Ultravioleta o infraroja (soldadura, hornos)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>				
Mecánico (proyección de partículas)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>				
Iluminación Inadecuada <input type="radio"/> Excesiva <input type="radio"/> Deficiente <input type="radio"/> Reflejos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>				
Uso de video terminales	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>				

### ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

GENERALES			OCULARES	Ojo Derecho		Ojo Izquierdo	
	SI	NO		SI	NO	SI	NO
Hipertensión Arterial	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Cirugía Ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Asma	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Queratocono	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hipoglucemia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Glaucoma	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Toxoplasmosis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Catarata	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cefalea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Retinopatía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Trauma Craneoencefálico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Desprendimiento de Retina	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Otros	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Ambliopía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
¿Cual?			Estrabismo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

SÍNTOMAS Y SIGNOS								
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Visión Doble	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Cefalea	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Salto de Renglones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Fotofobia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Irritación Ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Disminución Agudeza Visual - V. Próxima	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cansancio Ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Lagrimeo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Disminución Agudeza Visual - V. Lejana	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Ardor Ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Prurito Ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Secreciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Miodesopsias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dolor Ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			

EVALUACIÓN		Sin Corrección		LENSOMETRÍA		Con Corrección	
AG	VA VISUAL	Visión Lejana	Visión Próxima	Visión Lejana	Visión Próxima	AGUDEZA VISUAL	Visión Lejana
Ojo Derecho		20/20	0.5M	Ojo Derecho		Ojo Derecho	
Ojo Izquierdo		20/20	0.5M	Ojo Izquierdo		Ojo Izquierdo	

EXAMEN EXTERNO				ESTADO MOTOR				SUBJETIVO (Según respuesta del evaluado)			
Ojo Derecho		Ojo Izquierdo		Ojo Derecho		Ojo Izquierdo		Ojo Derecho		Ojo Izquierdo	
Pingüecula	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Cover Test Visión Lejana	ORTHO		Esfera	NEUTRO		
Resequedad Ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Cover Test Visión Próxima 40 cms	EXOFORIA		Cilindro			
Inyección Conjuntival	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Punto Próximo de Convergencia	8 CM		Eje			
Hiperemia Conjuntival	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Ojo Derecho	+0.25	+0.25	Agudeza Visual	20/20	20/20	0.5M
Ptosis Palpebral	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Retinoscopia	Normal	Anormal				
Prerigio	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Estereopsis	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Secreción Ocular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Visión Cromática	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Edema Palpebral	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Campo Visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Blefaritis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Oftalmoscopia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				

DIAGNÓSTICO	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo		Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
metropía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Problema de Refracción No Corregido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
llopiá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de Refracción Adecuadamente Corregido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lipermetropía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de Refracción Inadecuadamente Corregido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stigmatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No Requiere Corrección	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
resbicia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
mbliopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
roblema de Motilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
nsuficiencia de Convergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

#### RECOMENDACIONES

Control en: ☐ 3 ☐ 6 ☐ 9 ☒ 12 Meses

Corrección Óptica con Anteojos ☐

Corrección Óptica con Anteojos Permanente ☐

Corrección Óptica con Lentes de Contacto ☐

Valoración por Ortóptica ☐ SI ☐ No

Valoración por Oftalmología ☐ SI ☐ No

#### Observaciones:

DX: EMETROPE AO Z010. CONTROL EN 1 AÑO. ESTEREOPSIS: 20" DE ARCO, AVAO: VL: 20/20 VP: 0.5M.

*Maria Alejandra Sanchez Acosta*

Evaluated por: MARIA ALEJANDRA SANCHEZ ACOSTA

*Mauricio Guerrero Tellez*

Aspirante/Trabajador: MAURICIO GUERRERO TELLEZ

# CUESTIONARIO DE TEST PSICOSOCIAL



N°	Ítems	Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
PUNTAJE		0	1	2	3	4
<b>Habilidades sociales expresivas (Comunicarse de manera efectiva)</b>						
1	Me siento cómodo/a conociendo gente nueva en eventos sociales.					X
2	Soy capaz de mantener una conversación interesante por largo tiempo					X
3	Me siento cómodo/a al hablar con personas desconocidas					X
4	Cuando me enfrento a una audiencia o tengo que hablar en público, me siento capaz, cómodo/a y confiado/a, además puedo mantener su atención sin esfuerzo					X
5	Suelo ser capaz de expresar mis pensamientos y opiniones de manera clara, incluso en situaciones complicadas					X
<b>PUNTOS OBTENIDOS</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>
<b>Habilidades sociales receptivas (Interpretación de señales no verbales y emocionales)</b>						
6	Puedo identificar cómo se siente alguien o si esta molesto, solo con observar su lenguaje corporal					X
7	Cuando alguien me habla de sus problemas, soy capaz de identificar las emociones que esta experimentando, incluso si no las menciona explícitamente					X
8	Me resulta facil interpretar los tonos de voz para comprender si alguien esta feliz, enojado o triste					X
9	Cuando alguien esta callado o distante en un conversacion, puedo intuir si esta incomodo/a o preocupado/a					X
10	Logro identificar las tensiones en una conversación, incluso si las personas no están discutiendo abiertamente					X
<b>PUNTOS OBTENIDOS</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>
<b>Habilidades sociales de interaccion (Manejo de relaciones y conflictos)</b>						
11	Cuando una conversacion se tona tensa, soy capaz de calmar la situacion y restaurar el buen ambiente					X



## CUESTIONARIO DE TEST PSICOSOCIAL


12	Soy capaz de comunicar mis necesidades o deseos de manera asertiva sin ser agresivo/a					X
13	Cuando estoy en desacuerdo con alguien soy capaz de expresar mis opiniones sin desencadenar una discusión					X
14	Puedo hacer que las personas se sientan cómodas y aceptadas en una conversación					X
15	Me resulta fácil integrarme en nuevas situaciones sociales y hacer compañeros o amigos					X
16	Cuando trabajo en grupo puedo escuchar las ideas de todos y contribuir de manera equitativa					X
17	Me siento cómodo/a tomando la iniciativa en una conversación o reunión social, incluso si no conozco a todos los participantes					X
18	Cuando alguien me comparte sus problemas o conflictos personales, suelo ser empático y ofrecer soluciones sin juzgar					X
<b>PUNTOS OBTENIDOS</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>32</b>

### ANALISIS DE RESULTADOS

ITEM	Área Evaluada	Puntos Obtenidos	Puntuación de Referencia		
			favorable	Intermedia	Desfavorable
1	Habilidades sociales expresivas (Comunicarse de manera efectiva)	20	14 - 20	6 - 13	0 - 5
2	Habilidades sociales receptivas (Interpretación de señales no verbales y emocionales)	20	14 - 20	6 - 13	0 - 5
3	Habilidades sociales de interacción (Manejo de relaciones y conflictos)	32	36 - 21	9 - 20	0 - 8

# CUESTIONARIO DE TEST PSICOSOCIAL



RESULTADO DE CUESTIONARIO					
Fecha de atención: 13/02/2025			Tipo de Evaluación: Test de Prueba Psicosocial		
Nombres: Mauricio			Apellidos: Guerrero Tellez		
Tipo de Documento: C.C			Numero de Documento: 18904415		
Edad: 40 años			Genero: Masculino		
ITEM	Área evaluada	Puntaje	Resultado		
			Favorable	Intermedia	Desfavorable
1	Habilidades sociales expresivas (Comunicarse de manera efectiva)	20	x		
2	Habilidades sociales receptivas (Interpretación de señales no verbales y emocionales)	20	x		
3	Habilidades sociales de interacción (Manejo de relaciones y conflictos)	32	x		
<p>Observaciones: A través de la consulta psicológica, se ha evidenciado que el paciente está orientada en tiempo, espacio y persona, y presenta una comunicación fluida y coherente. Según los resultados de la prueba realizada, se destaca su excelente dominio en interacciones sociales, así como su notable capacidad de empatía, habilidad para establecer relaciones interpersonales y comunicarse de manera efectiva. Además, posee competencias de liderazgo y resolución de conflictos. En conclusión, no se identifican elementos significativos que puedan interferir en su desempeño laboral.</p>					
<p>PERFIL PSICOLOGICO: APTO: <u>  x  </u> NO APTO: <u>      </u> APTO CON RECOMENDACIONES: <u>      </u></p>					
<p><u>Karen T. Mejía J.</u> Karen Tatiana Mejía Jaimes Psicóloga R.M. 283701</p>			<p><u></u> Firma del Paciente</p>		
Centro Integral de apoyo Terapéutico Superar CIATSuperar					
NIT: 900.135.067					
Calle 4N 21-01 Esquina Barrio la Sabanita					