MORA GONZALEZ S.A.S
NIT. 805 020 878 - 5
Resolución 0866/28-04-2020
Calle 23 Norte 5 BN 87, Cali - Colombia
Cel: 316 295 9800 - Tel: (602) 6 68 66528
Mail: citas@unidadmedicaocupacional.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 46.501

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	03 MES	2024 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO PRE OCUPACIONAL O DE INGRESO

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

INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
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)

NUÑEZ GARCES ISABELA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	33 AÑOS 7 MESES 26 DÍAS	CC	1151935632
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ADMINISTRATIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

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 MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	VISIOMETRÍA ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS	ESTILO DE VIDA SALUDABLE
	REALIZAR EXÁMENES OCUPACIONALES PERIÓDICOS E INGRESAR EN SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS	EJERCICIO REGULAR
	HIGIENE POSTURAL	ALIMENTACIÓN SALUDABLE
	PAUSAS ACTIVAS	
	CAPACITACIÓN SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Aimer Mora T
Medico Registro 12496
Magister en salud Ocupacional
Lic. 0866-28-04-2020

Firma:

Nombre: MORA TORO AIMER

R. M.: 12496 **L.S.O.:** 4145.0.21. 0162R

Código de Seguridad R171X1D46501

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: NUÑEZ GARCES ISABELA

CC: 1151935632

MORA GONZALEZ S.A.S
NIT. 805 020 878 - 5
Resolución 0866/28-04-2020
Calle 23 Norte 5 BN 87, Cali - Colombia
Cel: 316 295 9800 - Tel: (602) 6 68 66528
Mail: citas@unidadmedicaocupacional.co



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

Atención Nº: 25,073

DATOS PERSONALES

Fecha: 14/03/2024 **Municipio:** CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **CC:** 1151935632 **Nombre:** NUÑEZ GARCES ISABELA **Edad:** 33 AÑOS 7
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** ADMINISTRATIVO **Empresa:** INDEPENDIENTE
Eps: SURA **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICO PRE OCUPACIONAL O DE INGRESO

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN	NIEGA
ILUMINACIÓN INADECUADA	NIEGA
EXPOSICIÓN A MATERIAL PARTICULADO	NIEGA
ALTA EXIGENCIA VISUAL	NIEGA
EXPOSICIÓN A GASES, VAPORES, HUMOS	NIEGA
RADIACIONES	NIEGA
OTROS	NO

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
USA PROTECCIÓN VISUAL	NO
USA LENTES PARA CORREGIR ALGÚN DEFECTO VISUAL	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	

SINTOMATOLOGÍA

LAGRIMEO	NIEGA
ARDOR OCULAR	NIEGA
CANSANCIO VISUAL	NIEGA
CONGESTIÓN OCULAR	NIEGA
VISIÓN BORROSA	SI
OTROS	NO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/22	0.50	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 22	0.50	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/ 22	0.50	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

PRUEBAS

COLOR: **NORMAL**
FORIA LATERAL: **NORMAL**
FORIA LATERAL V.P: **NORMAL**
FORIA VERTICAL: **NORMAL**
PROFUNDIDAD: **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 6 MESES
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

RESPONSABLE DEL EXAMEN

Aimer Mora T
Medico Registro 12496
Magister en Salud Ocupacional
Lic. 0866-28-04-2020

Firma:
Nombre: MORA TORO AIMER
R. M.: 12496 **L.S.O.:** 4145.0.21. 0162R

PACIENTE

Firma:
Nombre: NUÑEZ GARCES ISABELA
CC: 1151935632