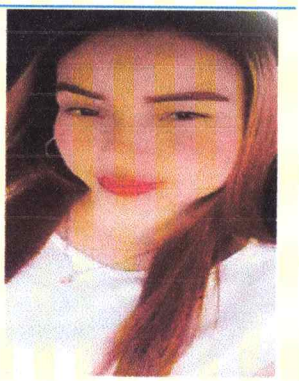
ALEX MANUEL HERNNADEZ MERCADO
CONCEPTO DE APTITUD MEDICO LABORAL



FECHA 5/ 12/25

Señores:
FUERZA AÉREA COLOMBIANA

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO X

Me permito certificado que el señor(a)

Nombre **Yesica Esther Tatis Charris**

Cedula de Ciudadanía **CC: 1.045.713.575**

PRACTICADO EL EXAMEN MEDICO LABORAL

SE ENCUENTRA **APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO**
SIN ALTERACION OSTEOMUSCULAR
SIN ALTERACIONES RESPIRATORIAS
OPTOMETRIA: H520,H522

APTO SIN RESTRRICCIONES PARA EL CARGO	X
APTO CON RESTRICCIONES	
APTO CON RECOMENDACIONES	

CARGO / AREA	Auxiliar de Enfermería /Sanidad

	NIVEL DE RIESGO		
TIPO DE RIESGO	ALTO	MEDIO	BAJO
ERGONOMICO		x	
PSICOLABORAL			x
BIOLOGICO	x		
BIOMECANICO	x		x
QUIMICO			x
FISICOS	x		
MEDIO AMBIENTE			no
VIAL			x

ALEX MANUEL HERNNADEZ MERCADO
CONCEPTO DE APTITUD MEDICO LABORAL

Recomendaciones laborales:

1. Cumplimiento de Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo
2. Uso de Elementos de Protección Personal
3. Higiene Postural
4. Pausas Activas Durante la Jornada Laboral
5. Inducción del puesto de trabajo
6. Higiene y seguridad industrial

Recomendaciones Médicas:

1. Estilo de Vida Saludable

Ingreso a SVE

1. SVE Osteomuscular

Hábitos y estilos de vida saludable

1. actividad fisica

RESOLUCIÓN 1843 de 2025 MINISTERIO DEL TRABAJO DE COLOMBIA
"regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales"

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O DEL TRABAJADOR: Autorizo al doctor(a) a realizarme le examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y propósito de este examen médico y sus paraclínicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos a través de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizaran estos exámenes. Fui informado acerca de la confidencialidad de los datos y resultados aquí registrados y la protección que se le dará a este documento.

Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Autorizo a la empresa 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 GESTION DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRBAJO y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

ACEPTO LOS RESULTADOS Y CONCEPTOS DEL PRESENTE EXAMEN ◉ **SI** ○ **NO**

ALEX MANUEL HERNNADEZ MERCADO
CONCEPTO DE APTITUD MEDICO LABORAL

Profesional: Alex Manuel Hernández Mercado
Registro medico 70028 Licencia 1697
Medico EPS: Gestión Del Riesgo Laboral.
Diplomado: H.S.E.Q,
Implementación Del Sistema De Gestión De Salud y Seguridad En El Trabajo (50 Horas) y (20 horas) Asesor peligro biológico en empresas con exposición directa COVID 19
Asesor en sistema de vigilancia epidemiológica BIOLOGICA en empresas con exposición directa
Asesor en sistema de vigilancia epidemiologia especializada
tel. :(**3006184109**)

Yesica Tatis Ch.
1045913595.

Firma Aspirante al Cargo: **Yesica Esther Tatis Charris**

Historia de optometría

Dr. SANDRA OSORIO GUELL
Teléfono: 3354418 Celular: 311 6847521 opticaklemvisionsb@gmail.com
Carrera 52 #74-29 local 104

Historia Nº 4.010

ércoles, 10 de diciembre de 2025 01:10:59p.m.

Paciente YESICA ESTHER TATIS CHARRIS Documento 1045713575 Cel 3006107487 Tel 0
Dirección CRA 19 No 47-2 PUERTO MILLAN SOLEDAD Edad 32 Ocupación ENFERMERA
Afiliación PARTICULAR SURA Control visual anterior

Acompañante NO APLICA Vínculo NO APLICA Teléfono NO APLICA
Dirección NO APLICA
Responsable NO APLICA Vínculo NO APLICA Teléfono NO APLICA
Dirección NO APLICA

Motivo consulta PACIENTE CONSULTA PARA CERTIFICADO VISUAL LABORAL.

Antecedentes personales QX FIBROQUISTE MAMARIO IZQUIERDO CESAREA (2) Antecedentes familiares NO REFIERE Antecedentes laborales NIEGA

Lensometría

	Add	AV Lejos SC	AV Lejos CC	AV Lejos PH	AV Cerca SC	AV Cerca CC	AV Cerca PH
OD		20/ 25	20/		20/20		
OI		20/ 25	20/		20/20		

Observación

Exámen externo
AO: Normal

Oftalmoscopía
AO: EXC 0.5% NERVIO ÓPTICO.

Queratometría

	Horizontal	Vertical	Eje	Dif	Miras
OD	/	0,00 /	/	0	
OI	/	0,00 /	/	0	

Presión intraocular
OD mmHG OI mmHG

Exámen motor
Krimsky No Cover TSí
VL Ortho
40cm X
20cm X
PPC

Refracción

	Esfera	Cilindro	Eje	Adición
OD	+1,50	-0,25	90	
OI	+1,75	-0,25	90	

Subjetivo

	Esfera	Cilindro	Eje	Adición	DP	AVL	AVC
OD	+0,50	-0,25	90		-	20/20	20/20
OI	+0,75	-0,25	90		-	20/20	20/20

Estática No Dinámica No
Reflejos

Test's
Estereópsis
AO: Normal
Visión Cromática
AO: Normal

Disposición
VALORACION POR OFTALMOLOGÍA. (SOSPECHA DE GLAUCOMA)

Diagnóstico
AO H520 HIPERMETROPIA
AO H522 ASTIGMATISMO
AO Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

Recomendación Terminado / Visión sencilla / CR39 / AR Estandar
VALORACION POR OFTALMOLOGÍA. (SOSPECHA DE GLAUCOMA)

Dra. Sandra Osorio Güell
Optómetra
CC. 11.295.30.287
RM. 001029

Firma profesional

OD: Ojo derecho SC: Sin correción AV: Agudeza visual AVC: Agudeza visual cercana Evento adverso: No
OI: Ojo izquierdo CC: Con correción AVL: Agudeza visual lejana Violencia sexual: No