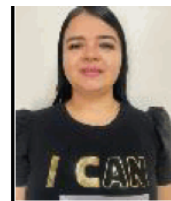


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.066

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
14 DÍA	01 MES	2025 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
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)							
VELASCO. VELEZ. MARILIN.				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	28 AÑOS 8 MESES 11 DÍAS	CC	1061541075
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo INSTRUCTORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO SIN RESTRICCIONES							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
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				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
			USO DE EPP			HÁBITOS SALUDABLES	
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO	
			CAPACITACIÓN : RELACIONADAS CON EL CARGO Y CON EL SGSST			HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
ADULTA EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN LIMITACIONES NI RESTRICCIONES PARA EL DESEMPEÑO NORMAL DEL CARGO AL QUE APLICA							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Ingrid S. Calvache O. Médica General UCC E.S. N° 1061710999 Exp. SST U. Cauca / RUA. 13133-11-19							
Firma:				Firma:			
Nombre: CALVACHE OCAMPO INGRID SORAYA				Nombre: VELASCO. VELEZ. MARILIN.			
R. M.: 1061710999		L.S.O.: 13133/2019		Código de Seguridad		CC: 1061541075	
R1003X1D11066							



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.066

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
14 DÍA	01 MES	2025 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)	
			EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
PARTICULARES CONTADO			PARTICULARES	
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)				
VELASCO. VELEZ. MARILIN.			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			FEMENINO	28 AÑOS 8 MESES 11 DÍAS
			Documento de Identificación	CC
			Tipo	1061541075 Número

Cargo: _____ Area: _____ Antigüedad: _____

A. Personales Visuales: No Refiere

A. Familiares Visuales: No Refiere

A. Ocupacionales Visuales: No refiere

Exposición Laboral Visual: No refiere Antecedentes de Exposición Laboral

Usa Anteojos: ☐ Si ☒ No

Bifocal: ☐ Si ☒ No

LDC: ☐ Si ☒ No

Tipo de Uso: _____

Trae Rx: ☐ Si ☒ No

Ultimo Examen: 4 MESES

Ultimo Diagnostico: _____

RX EN USO

TIPO DE LENTE: NINGUNO

OD: No

OI: No

AV: No

AV: No

Sintomatología: _____

II. AGUDEZA VISUAL

Agudeza Visual	Con Correcion		Sin Correcion		PH
	V. LEJANA	V. PROXIMA	V. LEJANA	V. PROXIMA	
O.D.:			O.D.: 20/20	0.5M	O.D.:
O.I.:			O.I.: 20/20	0.5M	O.I.:
A.O.:			A.O.: 20/20	0.5M	A.O.:

Reflejos: Normales

IV. MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST: VL: ORTO

VP: EXO

Motilidad Ocular: Normal

PPC: _____

Observaciones: NORMAL

Motilidad

Ocular: _____

Médico

Ingrid S. Calvache O.
Médico Generalista UCC
E.S. No. 1061710999
Esp. SST U. Cauca / Am. 13133-41-F9

Firma: _____

Nombre: CALVACHE OCAMPO INGRID SORAYA

R. M.: 1061710999

L.S.O.: 13133/2019



Código de Seguridad

R1003X1D11066

Aspirante o Trabajador

Martín Velasco Velez

Firma: _____

Nombre: VELASCO. VELEZ. MARILIN.

CC: 1061541075



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.066

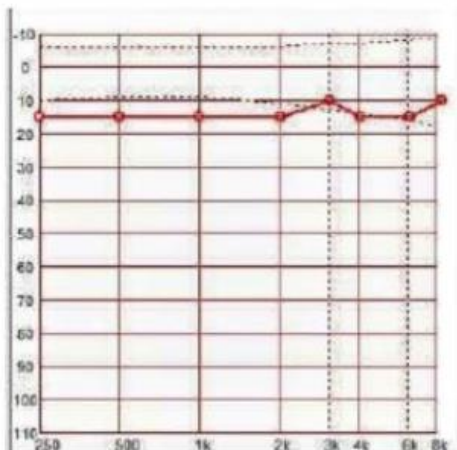
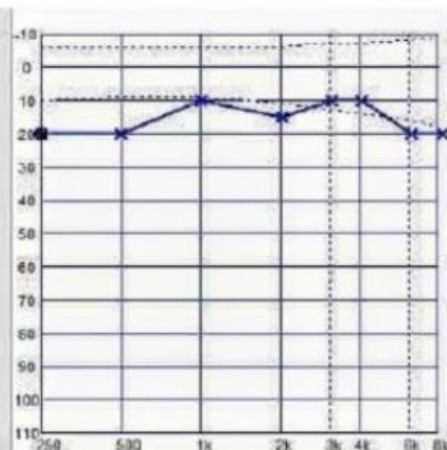
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
14 DÍA	01 MES	2025 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
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)							
VELASCO. VELEZ. MARILIN.				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	28 AÑOS 8 MESES 11 DÍAS	CC	1061541075
Apellidos y Nombres						Tipo	Número

Historia Clínica		Ficha audiológica				Audiómetro		Marca	REDUS 85
Fecha de examen		EXAMEN	INGRESO	X	Periódico			Modelo	
			Retiro		Otro			Calibración	
Apellidos y Nombres		MARILIN VELASCO VELEZ							
Edad		Sexo	F	Empresa					
Ocupación				Años de trabajo		Horas de Exposición			
Uso de protectores auditivos	Tapones	X	Orejas	X	Apresiasión del ruido	Ruido muy intenso		Ruido moderado	X
								Ruido no molesto	

ANTECEDENTES relacionados	S	NO	SINTOMAS actuales	SI	NO
Consumo de tabaco			Disminución de la audición		X
Servicio militar		X	Dolor de oídos		X
Hobbies con exposición al ruido: discotecas, audífonos	X		Zumbidos		X
Exposición laboral a químicos		X	Mareos		X
Infección de oído: OMA, Otitis crónica		X	Infección de oído		X
Uso de ototóxicos		X	Otras		

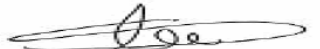
Comentarios:

OTOSCOPIA:



	Derecha	Izquierda
Via aérea	O	X
Via ósea	<	>

Médico


Ingrid S. Calvache O.
Médico General UEC
C. M. 1061710999
Esp. SST O. Coast / Aus. F. 133-11-F9

Firma: _____

Nombre: CALVACHE OCAMPO INGRID SORAYA

R. M.: 1061710999

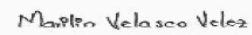
L.S.O.: 13133/2019



Código de Seguridad

R1003X1D11066

Aspirante o Trabajador


Marlen Velasco Velez

Firma: _____

Nombre: VELASCO. VELEZ. MARILIN.

CC: 1061541075



www.vivirips.com.co
 Av5n # 46-10 - Barrio La flora
 Santiago de Cali - Valle Del cauca
 Cel: +57 315 2218136

No Orden: 081813015

Paciente: MARILIN - VELASCO VELEZ

Identificación: 1061541075
 Dirección: PIENDAMO

Edad: 27 Años

Observaciones:

Médico:

Género: Femenino

Teléfono: 3153849976
 Fecha Hora Ingres: 14/01/2025

Fecha Impresión:

Sede: PIENDAMO

EXAMEN	RESULTADOS	UNIDADES	VALORES REFERENCIA
--------	------------	----------	--------------------

CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA

Glucosa Pre	61	mg/dl	70	110
Glucosa Post 1 Hora	94	mg/dl	120	170
Glucosa Post 2 Horas	90	mg/dl	70	140
Glucosa Post 3 Horas		mg/dl	70	120

Carga: 75 gr Glucosa Anhidra





MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Marilyn

Apellidos:

Velasco

Documento
de identidad:

C.C. XCE PA CD SC PE PPT. DE

Número de
documento:

1061541075

Fecha de
nacimiento:

Día 04 Mes 05 Año 1996

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toscoide Tetánico - Difteria (Td)	1	3-05-24	2333 1671	San Juan H
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaF acelular 20 a 26 ss	1			
	2			
Hepatitis B	1	3-05-24	2333 1671	San Juan H
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	3-05-24	15052409	San Juan H
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref			
	2do Ref			
Otros				