# CLÍNICA LABORAL SAGUIL S.A.S.

Licencia de Salud Ocupacional Res. 25-0442 del 20/05/2019

Calle 8 # 8-103 Ubaté - Cundinamarca | Calle 6 # 4 - 80 oficina 302 Samacá – Boyacá
Tel. 855 2613 - Cel. 313 453 5980 | Cel. 3227186701
info@clinicasaguil.com | infosamaca@clinicasaguil.com
www.clinicasaguil.com




## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 41.741**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 15 DÍA | 03 MES | 2024 AÑO | VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR |

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

| INDEPENDIENTES | INDEPENDIENTES |
|---|---|
| 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)

| UMAÑA GONZALEZ JULIO EDUARDO | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 41 AÑOS 8 MESES 16 DÍAS | CC | 79169928 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**AGENTE DE TRANSITO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO: SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

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:**

| EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR(CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL) | ---------- |
|---|---|

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | CONTROL DE PESO |
| | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA- REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR (PAUSAS ACTIVAS)- REALIZAR EXÁMENES OCUPACIONALES PERIÓDICAMENTE- USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL- BAJAR DE PESO CON DEITA BAJA EN CALORIAS (GRASAS, HARINAS Y AZÚCARES), REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA PERIÓDICAMENTE.

BIOSEGURIDAD :
ATENCIÓN BRINDADA AL USUARIO CUMPLE CON LOS LINEAMIENTOS DE BIOSEGURIDAD DADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD EN CUANTO A USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, LAVADO DE MANOS Y MEDIDAS DE HIGIENE EN GENERAL.

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 |
|---|---|
| Firma: Natalia Esparza | Firma: 79169928 |
| Nombre: ESPARZA ESPARZA NATALIA | Nombre: UMAÑA GONZALEZ JULIO EDUARDO |

**IPS VITAL ESPECIALISTAS EN DIAGNOSTICO MEDICO S.A.S.**
LICENCIA DE SALUD OCUPACIONAL / RES. 25-00879 DE 23-OCT-2023

**SEDE LA VIRGEN**
TRANS. 2 # 2-205 - UBATE / CUND
TEL. 601 855 0380 - 320 358 7172
INFOLAVIRGEN@IPSVITAL.COM

**SEDE PRINCIPAL**
CRA. 7 # 5-64 - UBATE / CUND
TEL. 601 855 1678 - 320 358 7172
INFO@IPSVITAL.COM

WWW.IPSVITAL.COM - NIT: 901.413.726-1

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del Paciente: | ***UMAÑA GONZALEZ JULIO EDUARDO*** | | |
| Fecha Nacimiento: | 30/06/1982 | Cédula/ID: | 79169928 |
| Fecha del Estudio: | 30/12/2025 | Estudio ID: | IPS VITAL |
| Referido Por: | PARTICULAR | Sexo: | M |
| Descripción Estudio: | EXAMEN LABORAL | | |

***INFORME RADIOLOGICO DE COLUMNA LUMBOSACRA - Dosis de radiación efectiva media (mSv - 1.4)***

***TÉCNICA***
*Estudio realizado en equipo de radiología convencional digital con proyecciones AP, LATERAL. En DECÚBITO SUPINO.*

***HALLAZGOS***
*Adecuada alineación del segmento lumbosacro sin signos de espondilolistesis.*
*La altura y forma de los cuerpos vertebrales es normal.*
*La densidad ósea es de apariencia usual.*
*La altura de los espacios intervertebrales es de características normales.*
*Las relaciones articulares interfacetarias se encuentran conservadas.*
*Los tejidos blandos de la región son normales.*

***OPINION***
***RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA NORMAL***

---

****** RECUERDE QUE LOS EXAMENES DE IMAGENOLOGIA SON UN APOYO DIAGNOSTICO, Y SU IMPORTANCIA RADICA EN QUE DEBEN SER ANALIZADOS E INTERPRETADOS POR SU MEDICO TRATANTE, TENIENDO EN CUENTA SU CUADRO CLINICO ******

Dr. Julio Ponce Peñaranda
Médico Radiólogo
CMP 32612 RNE 23187

Calle 11 # 4-13
Ubaté, cundinamarca
321 9677176 - 601 8891758
NI 900794533

Impreso con MedSystem

# Historia clínica

**9014137261 - IPS VITAL ESPECIALISTAS EN DIAGNOSTICO MEDICO SAS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Paciente** | **JULIO EDUARDO UMAÑA GONZALEZ** | **Ocupación** | AGENTE DE TRANSITO |
| **CC** | 79169928 | **Entidad** | Fuerzas Militares |
| **Edad** | 43 años y 6 meses | **Usuario** | Contributivo |
| **Sexo** | Masculino | **Examen** | **Pre-ingreso laboral** |
| **Nacimiento** | 30 de jun. 1982 | **Fecha** | mar., 30 de dic. 2025 09:44 AM |
| **Estado civil** | Casado(a) | | |
| **Ciudad** | Ubate | | |
| **Dirección** | CALLE4 N 2-205 | | |



## Psicosensométrico

### Motivo de la consulta

Exámen Psicométrico

### Personalidad

**Control de impulsos**
NORMAL

**Disociativo**
NO

**Esquizofrenia**
NO

**Trastorno del estado de animo**
NO

**Trastornos amnésicos y cognoscitivos**
NO

**Trastornos de personalidad**
NO

**Trastornos del sueño**
NO

**Trastornos mentales debido a enfermedad medica**
NO

**Trastornos por comportamiento perturbador**
NO

**Otros**

### Desarrollo intelectual

**Aritmética**
NORMAL

**Comprensión**
NORMAL

**Información y Conocimiento**
NORMAL

**Semejanzas**
NORMAL

**Vocabulario**
NORMAL

**Otros**

### Sustancias

**Abuso de alcohol**
NIEGA

**Abuso de drogas o medicamentos**
NIEGA

**Consumo habitual de drogas y medicamentos**
NIEGA

**Dependencia de drogas y medicamentos**
NIEGA

**Dependencia del alcohol**
NIEGA

**Trastornos inducidos por alcohol**
NIEGA

**Trastornos inducidos por drogas o medicamentos**

**Otros**

NIEGA

## Coordinación motriz

**Coordinación bimanual**

1/10/400 NORMAL

**Coordinación viso-motora**

1/10/400 NORMAL

**Reacción al frenado**

10/0/598 NORMAL

**Reacciones múltiples**

36/0/1016 NORMAL

**Resistencia a la monotonía**

60/0/504 NORMAL

**Velocidad de anticipación**

6/0/583.17 NORMAL

## Resultados

**Procedimiento Realizado**

890208 - Consulta de primera vez por psicología

**Diagnósticos**

**Z021 Examen preempleo** **P**

**Resultado**

Normal

**Servicio**

Psicologia(Consulta externa)

**Vía ingreso**

**Complicación CIE10**

**Análisis y Observaciones**

EL ASPIRANTE SE PRESENTA DE MANERA CORDIAL Y COHERENTE, RELACIÓN OPTIMA CON SU ENTORNO, SENTIDO DE LA ORIENTACIÓN Y REALIDAD ADECUADA, UBICACIÓN TEMPORAL ESPACIAL ADECUADA, COMPRENSIÓN DE LAS INDICACIONES Y BUEN SEGUIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES. EN LA PARTE DE COORDINACIÓN PSICOMOTRIZ, PRESENTA ALTA CAPACIDAD PARA REACCIONAR FRENTE A ESTÍMULOS VISUALES AUDITIVOS, ADECUADA COORDINACIÓN DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, BUENAS HABILIDADES PARA EL SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES. EN GENERAL NO PRESENTA INDICADORES DE ALGÚN TRASTORNO DE PERSONALIDAD. EN TÉRMINOS DE SALUD MENTAL Y COORDINACIÓN MOTRIZ SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, EN TÉRMINOS GENERALES EL DESARROLLO DE LAS 5 PRUEBAS ES OPTIMO. CANDIDATO CUMPLE CON PERFIL ADECUADO PARA EL CARGO QUE ASPIRA CON LA EJECUCIÓN GENERAL DE LAS 5 PRUEBAS APROBADAS DE AGX

Karen Santana
Psicologa
T.P. 266401
CC: 1076.656.659

**KAREN MARCELA SANTANA CONTRERAS**
CC: 1076656659

**JULIO EDUARDO UMAÑA GONZALEZ**
CC: 79169928
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado