



Información General

Fecha impresión: BOGOTÁ D.C. - 2025/04/23 Nro Ingreso: 202504020207371  
Paciente: EDUARDO , HEREDIA ROMERO CC: 79691292  
Edad: 51 años Nombre Cliente: CLINICA COLSANITAS S.A.  
Género: Masculino Tipo Evaluación: Periódico  
Cargo: MEDICO SUBESPECIALISTA NEONATOLOGO PEDIATRA Convenio: CLINICA COLSANITAS S.A. - PERIODICOS PUNTUALES ADMINISTRATIVOS 2025  
Fecha Atención: 2025-04-02 13:21:51



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
OPTOMETRIA			

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN PERIODICO: CON HALLAZGOS QUE REQUIEREN MEDIDAS PREVENTIVAS Y NO LIMITAN LA LABOR  
OBSERVACIONES AL CONCEPTO: USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE. CONTROL OPTOMETRICO ANUAL EN SU EPS.  
ENFASIS - CARDIOVASCULAR: REALIZADO- PARACLINICOS RIESGO BAJO  
RECOMENDACIONES AL ENFASIS: INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ACUERDO A LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA  
CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA.  
PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLOS DE LA EMPRESA, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

Recomendaciones Generales

- ☒ Examen Periodico Ocupacional
- ☐ Realización Pruebas Complementarias
- ☐ Continuar Manejo Medico
- ☒ Pausas Activas
- ☒ Uso de E.P.I.
- ☐ Remitir a EPS
- ☒ Higiene Postural

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas


Osteomuscular: Acondicionamiento físico según requerimientos del cargo. Adecuación ergonómica de puestos de trabajo según disposición de la empresa. Capacitación para manejo de cargas según criterio del cargo  
Visual: Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.  
Biológico: Uso de elementos de bioseguridad adecuados para el riesgo y verificación de esquemas de vacunación

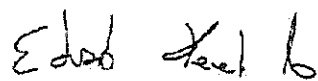
Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL SANITAS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

  
Médico Ocupacional  
Especialista SA-SS I  
L.9.0 8731 JU 2022







Hospital María Auxiliadora

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - MOSQUERA  
NIT. 832.010.436-9

## EXAMEN OCUPACIONAL

Fecha: 12/01/2026  
Lugar: Mosquera, Cundinamarca  
Administradora: INDEPENDIENTE  
Atención: Ambulatoria



### Identificación General

Documento: 79691292  
Nombre: EDUARDO HEREDIA ROMERO  
Género: Masculino  
Procedencia: Mosquera Cargo u Oficio: Médico Pediatra  
Edad: 52 años

### Tipo de Examen

INGRESO - ENFASIS OSTEOMUSCULAR,  
CARDIOVASCULAR Y METABÓLICO

### Riesgo de Exposición Laboral

Ergonómico	Si	Físico	No
Locativo	Si	Psicosocial	Si
Público	No	Tareas de Alto Riesgo	No
Químico	No	Mecánico	No
OTROS	Si		

### Pruebas Complementarias

Laboratorios	Perfil lipídico, glicemia normal	Psicología	No Realizada
Imagen	No Realizada	Audiometría	Normal
Espirometría	No Realizada	Optometría	Requiere uso de lentes permanentes
E.K.G	Sínusal, normal	Observaciones	Énfasis cardiovascular y metabólico con paraclínicos dentro de rangos de normalidad, HbA1c 5.5 normal Triglicéridos en límite superior

### Recomendaciones Ocupacionales

Capacitación matriz de riesgos y peligros	No	Cultura de autocuidado	Si
Higiene biomecánica integral	No	Higiene postural	Si
Pausas activas laborales	Si	Uso de EPP	Si

### Recomendaciones Médicas

Valoración ARL	No	Valoración Nutrición	No
Valoración Medicina General	No	Valoración Optometría	No
Valoración Medicina Laboral	No	Valoración Especializada	No

### Sistema de Vigilancia Epidemiológica

SVE Salud Auditiva	No	SVE Cardiovascular	No
SVE Salud Visual	No	Énfasis en protección auditiva	No
SVE Biomecánico	No	Corrección óptica permanente	No
SVE Salud Respiratoria	No		

### Estilos de Vida Saludable

Énfasis en actividad física regular	Si	Reducción consumo de alcohol	No
Énfasis en estiramiento isquiotibiales	Si	Restricción de carbohidratos simples	Si
Cesación de tabaquismo	No	Pausas Activas	Si

### Concepto Ocupacional

APTO SIN PATOLOGÍA QUE INTERFIERA SU LABOR

### Recomendaciones Específicas / Restricciones

Calle 3 N° 2-15 Este. Tel. (1) 8932394



**EXAMEN OCUPACIONAL**  
BUENOS HABITOS, ESTILO DE VIDA SALUDABLE Y CULTURA DE AUTO CUIDADO.  
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL .

**Consentimiento Informado**

Autorizo al Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito de examen médico y paraclínicos ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada antes de las respectivas toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de la respectiva toma de prueba. Las respuestas dadas por mí en este(s) examen(es) están completos y son verídicas. 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. SE EXPLICA UN DERECHO Y UN DEBER

*Luisa Fda Parrado Rojas*  
**Luisa Fernanda Parrado Rojas**  
MEDICO - ESP. SALUD OCUPACIONAL  
R.M. 50-16419 - L.S.D. 9135

**Dra. Luisa Fernanda Parrado Rojas**  
**Reg. Med. 50-16419/2014 Médica**  
**Especialista en Salud Ocupacional. Res. 9135/2021**

**Consideraciones Legales relativas a los exámenes ocupacionales**

Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamenta la practica de las evaluaciones médicas de control periódico con el objeto de monitorear la exposición a los factores de riesgo ocupacional e identificar posibles alteraciones temporales, permanentes o agravamiento del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por el medio ambiente de trabajo, y para detectar precozmente enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.



VACCINE	DATE GIVEN	DOCTOR OFFICE OR CLINIC	DATE NEXT DOSE DUE
VARICELLA (chickenpox) <input type="checkbox"/> Had disease			
HEPATITIS A 1			
2			
ROTAVIRUS 1			
2			
3			

TB SKIN TESTS	Type	Date given	Given by	Date read	Read by	mm indur	Impression
Pruebas de la Tuberculosis	<input checked="" type="checkbox"/> PPD-Mantoux	9/23/03	ML	9/25/03	BBV	2	<input type="checkbox"/> Pos
	<input type="checkbox"/> Other						<input type="checkbox"/> Neg
	<input type="checkbox"/> PPD-Mantoux	/ /		/ /			<input type="checkbox"/> Pos
	<input type="checkbox"/> Other						<input type="checkbox"/> Neg
	<input type="checkbox"/> PPD-Mantoux	/ /		/ /			<input type="checkbox"/> Pos
	<input type="checkbox"/> Other						<input type="checkbox"/> Neg

\* If required for school entry, must be Mantoux unless exception granted by local health department.

CHEST X-RAY (Necessary if skin test positive)	Film date: / /	Impression: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal
	Person is free of communicable tuberculosis: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Signature/Agency: _____		

Parents: Your child must meet California's immunization requirements to be enrolled in school. Keep this Record as proof of immunization. Padres: Su niño debe cumplir con los requisitos de vacunas para asistir a la escuela. Mantenga este Comprobante; lo necesitará.

## IMMUNIZATION RECORD

Comprobante de Inmunización

Name / nombre: Eduardo Heredia

Birthdate / fecha de nacimiento: 12 / 10 / 73

Allergies / alergias: None

Vaccine Reactions / reacciones a cualquier vacuna: None

RETAIN THIS DOCUMENT — CONSERVE ESTE DOCUMENTO



Name		Sex	Birthdate
VACCINE vacuna	DATE GIVEN fecha de vacunación	DOCTOR OFFICE OR CLINIC médico o clínica	
		DATE NEXT DOSE DUE proxima vacuna	
POLIO	1	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	
	2	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	
	3	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	
	4	<input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> OPV	
DTaP DTP Td DT	1	<input type="checkbox"/> DTaP <input type="checkbox"/> DTP <input type="checkbox"/> DT/Td	
	2	<input type="checkbox"/> DTaP <input type="checkbox"/> DTP <input type="checkbox"/> DT/Td	
	3	<input type="checkbox"/> DTaP <input type="checkbox"/> DTP <input type="checkbox"/> DT/Td	
	4	<input type="checkbox"/> DTaP <input type="checkbox"/> DTP <input type="checkbox"/> DT/Td	
	5	<input type="checkbox"/> DTaP <input type="checkbox"/> DTP <input type="checkbox"/> DT/Td	
		<input type="checkbox"/> Td	
HIB	1		
	2		
	3		
	4		
MMR	1	1617 E. BALL RD NOCROP ANAHEIM, CA 92805	
	2		
HEPATITIS B	1	01/15/03	Nocrop
	2	02/20/03	Nocrop
	3	08/14/03	Nocrop

DTP and DTaP = diphtheria, tetanus, pertussis (whooping cough); diphtheria, tetanus and acellular pertussis  
 MMR = measles, mumps, rubella; varicella, pertussis, polio and hepatitis A  
 Hib = Hib meningitis (Haemophilus influenzae type B); meningitis Hib  
 IPV = inactivated polio  
 OPV = oral polio



Este carné es válido en Colombia  
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

### Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación  
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

**POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO**



MinSalud

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

### Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre: Eduardo  
Apellido: Hernández  
Documento de Identificación: CC No. 71691292  
Fecha de Nacimiento: 13 May 1972

### Certificado de Vacunación

Institución: Hospital El Tama  
Nombre: Eduardo Hernández  
Identificación: 71691292 (N)

Vacuna	Dosis	Fecha de Vacunación	Observaciones
HB	1	13/05/2024	HB



82206611

Peticion No 82206611  
 Paciente HEREDIA ROMERO EDUARDO  
 Documento Id CC 79691292  
 Fecha de nacimiento 10-dic.-1973  
 Edad 45 Años Sexo M  
 Direccion CALL 124A Nº54-23 APTO 201  
 Teléfono 3017910503

Fecha de Ingreso 22-ago.-2019 9:05 am  
 Fecha de Impresion 26-ago.-2019 2:56 pm  
 Sede SALUD OCUPACIONAL ILARCO  
 Servicio SALUD OCUPACIONAL  
 Empresa SALUD OCUPACIONAL  
 Medico SALUD OCUPACIONAL SANITAS S A S  
 Convenio CLINICA COLOMBIA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

**INMUNOLOGIA I**

**ANTICUERPOS ANTIANIGENO HEPATITIS B INGRESO**

> 1000

UI/L


Método: Electroquimioluminiscencia  
 VALOR DE REFERENCIA

NO REACTIVO: MENOR DE 10 UI/L

REACTIVO: MAYOR O IGUAL A 10 UI/L

Fecha Validación: 22-ago.-2019 1:23 pm

Firma Responsable:

  
 Jenny Rosmary Matallana Alfaro  
 CC: 1053377296  
 Bacterióloga  
 Central de Referencia  
 Clínica Colsanitas