



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

N° 8.989

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
11 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		
			EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PARTICULARES CONTADO			SECRETARIA DISTRITAL DE SEGURIDAD CONVIVENCIA Y JUSTICIA		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
GUERRERO REAL CRISTIAN CAMILO			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	33 AÑOS 10 MESES 20 DÍAS	CC 1031131516
Cargos					
PSICOLOGO					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL			APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIÓN		
Observaciones: NO APLICA					
APTO			APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES		
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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR			✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
<p>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.</p>					
Médico			Aspirante o Trabajador		
<p>Firma: <i>Pablo Hernández Meneses</i></p> <p>Nombre: HERNANDEZ MENESES PABLO EMILIO</p> <p>R. M.: 91265854 L.S.O.: 5902/2019</p>			<p>Firma: <i>Cristian Camilo Guerrero Real</i></p> <p>Nombre: GUERRERO REAL CRISTIAN CAMILO</p> <p>CC: 1031131516</p>		
<p>Código de Seguridad</p> <p>U1261A1G8989</p>					





## ANEXO DE EXAMEN FÍSICO DE VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) 11/02/2025 - 03:22 P. M.

Tipo Evaluación Médica: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

Empresa: SECRETARIA DISTRITAL DE SEGURIDAD CONVIVENCIA Y JUSTICIA Cargo: PSICOLOGO

Nombres y Apellidos: GUERRERO REAL CRISTIAN CAMILO :CC 1031131516 de BOGOTÁ Fecha de Nacimiento: 24/03/1991 12:00

Edad: 33 AÑOS 10 Lugar de Nacimiento:  Dir. Residencia: DIG # 89 BIS A SUR # 4C-40

Estudios: POSTGRADO Estado CMI: SOLTERO(A) E.P.S: NO REFIERE A.F.P: NO REFIERE A.R.L: NO REFIERE

### ANTECEDENTES RIESGOS ERGONOMICOS

Empresa	Cargo	Manipulación	Postura Habitual	Movimiento	Tiempo

### POSTURA ESTÁTICA

ABDOMEN	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
CABEZA	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
HOMBROS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS SUPERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
PELVIS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
TRONCO	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL

### ARCOS DE MOVILIDAD

CODO EXTENSIÓN 180°	NORMAL
CODO FLEXIÓN 145°	NORMAL
CODO PRONACIÓN 90°	NORMAL
CODO SUPINA 90°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL EXTENSIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL FLEXIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL INCLINACIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL ROTACIÓN 30°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ABDUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ADUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO EXTENSIÓN 40°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO FLEXIÓN 90°	NORMAL
HOMBRO ABDUCCIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ADUCCIÓN 30-45°	NORMAL
HOMBRO CIRCUNDUCCIÓN 360°	NORMAL
HOMBRO EXTENSIÓN 30°	NORMAL
HOMBRO FLEXIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN EXTERNA 90°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN INTERNA 90°	NORMAL
MUÑECA DESVIACIÓN EXTERNA 45°	NORMAL



MUÑECA DESVIACIÓN INTERNA 15°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN DORSAL 80°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN PALMAR 85°	NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	

EXTREMIDADES SUPERIORES	
FINKELSTEIN DERECHO	NEGATIVO
FINKELSTEIN IZQUIERDO	NEGATIVO
OTRA ¿CUÁL?	
PHALEN DERECHO	NEGATIVO
PHALEN IZQUIERDO	NEGATIVO
TINEL DERECHO	NEGATIVO
TINEL IZQUIERDO	NEGATIVO

EXTREMIDADES INFERIORES	
LASSEGUE DERECHO	NEGATIVO
LASSEGUE IZQUIERDO	NEGATIVO

COLUMNA VERTEBRAL	
CIFOSIS DORSAL	NO
ESCOLIOSIS	NO
ESPALDA PLANA	NO
LORDOSIS CERVICAL	NO
LORDOSIS LUMBAR	NO
OTRA ¿CUÁL?	
PRUEBA DE SCHOBER	CMS
RECTIFICACIÓN (SEGMENTO?)	NO
ROTOESCOLIOSIS	NO
TEST DE WELLS	NORMAL

OBSERVACIONES

MÉDICO

Firma:

Nombre: HERNANDEZ MENESES PABLO EMILIO

R. M.: 91265654

L.S.O.:

5902/2019

TRABAJADOR

Firma:

Nombre:

GUERRERO REAL CRISTIAN CAMILO

CC

1031131516

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.  
Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
Nit:NI Cédula ciudadanía:CC <input type="text" value="NI"/> <input type="text" value="900171517"/> - <input type="text" value="3"/> Cédula extranjería:CE Naturaleza Jurídica <input type="text" value="Privada"/> <input type="button" value="▼"/> <input type="button" value="Prestadores acreditados en salud"/>					
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR					
Departamento <input type="text" value="Bogotá D.C."/> <input type="button" value="▼"/> Municipio <input type="text" value="BOGOTÁ"/> <input type="button" value="▼"/>					
Código de Prestador <input type="text" value="1100117751"/> - <input type="text" value="01"/>					
Nombre del Prestador <input type="text" value="CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS"/>					
Clase de Prestador <input type="text" value="Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS"/> <input type="button" value="▼"/> Empresa Social del Estado <input type="text" value="NO"/> <input type="button" value="▼"/>					
Dirección <input type="text" value="KR 21 26-52 sur PISO 1"/>					
Teléfono(s) <input type="text" value="2783189"/>					
Fax <input type="text" value="4081986"/>					
Correo Electrónico <input type="text" value="centromedicoolaya@gmail.com"/>					
Razón Social <input type="text" value="CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS"/>					
Representante Legal <input type="text" value="ROSALIA MORENO CHAPARRO"/>					
Nivel Atención Prestador <input type="button" value="▼"/> Carácter Territorial <input type="button" value="▼"/>					
Fecha de Inscripción <input type="text" value="20070927"/> Fecha de Vencimiento <input type="text" value="20260430"/>					
Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 27 de octubre de 2025 (6:32 p.m.)					



REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en [Buscar](#) para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
NIT/CC	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>			
Naturaleza Jurídica	<input type="text"/>				
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR					
Código del Prestador	<input type="text"/>	Clase de Prestador	<input type="text"/>		
Empresa Social del Estado	<input type="text"/>	Nivel Atención Prestador	<input type="text"/>	Carácter Territorial	<input type="text"/>
DATOS DE LA SEDE					
Departamento	<input type="text"/>	Municipio	<input type="text"/>		
Código de la Sede	<input type="text"/>				
Nombre de la Sede	<input type="text"/>				
SERVICIO					
Grupo	<input type="text"/>	Número Distintivo de Habilitación del Servicio	<input type="text"/>		
Servicio	<input type="text"/>				
Horarios	<input type="text"/>				
Modalidades	<input type="text"/>				
Modalidades	<input type="text"/>				
Especificidades	<input type="text"/>				
Complejidad	<input type="text"/>				
Fecha apertura del servicio	<input type="text"/>	AAAA-MM-DD: Año; MM: Mes; DD: Día.			

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: **lunes 27 de octubre de 2025 (6:32 p.m.)**



(11) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100117751	01	CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0018572
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100117751	01	CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA	706 -LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0018573
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100117751	01	CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0018574
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100117751	02	CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0018578
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100117751	02	CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA	329 -MEDICINA INTERNA	DHSS0018579
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100117751	02	CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA	339 -ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	DHSS0018580
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100117751	02	CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA	407 -MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	DHSS0018581
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100117751	02	CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0018582
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100117751	02	CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA	740 -FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	DHSS0119299
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100117751	02	CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA	744 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	DHSS0018583
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100117751	02	CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA	745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	DHSS0018584

