

FECHA DE EXAMEN 2026-01-23 09:56:24
TIPO DE EXAMEN INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCIÓN

Nombre:	OMAR RIVERA MENJURA MEDICINA ALTERNATIVA MEDICINA LABORAL S A S	Nit:	900938062 - 8
Dirección	Calle 24A # 74A-25	e-mail:	info@ipsomarrivera.com
Teléfonos:	749 8166 - 316 423 1347	Sede:	SEDE PRINCIPAL

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	JOSE HERNANDO			Apellidos	VELASQUEZ PARRA			
Identificación	CC	19355142	Edad	67	Genero	M	Grupo Sanguineo	A +
Procedencia	Lugar de nacimiento	BOGOTA			Fecha de nacimiento	1958-12-27	Estrato	3
Estado civil	Casado (a)	Escolaridad	Profesional		Telefonos	3203657386		
Departamento	Bogotá, D.C.	Municipio	Bogotá, D.C.		Dirección	CR 30 66 A 17		
EPS	COMPENSAR. E.P.S.							
ARL	NO REFIERE			Fondo de Pensiones	LIQUIDADO			

DATOS EMPRESA

Razón social	PARTICULAR		Fecha de ingreso	NO APLICA
Cargo	INDEPENDIENTE		Sede	
Area			Jornada de trabajo	DIURNO
Acciones que realiza durante el trabajo		NO REFIERE		
Postura habitual durante el trabajo		NO REFIERE		

EXAMENES REALIZADOS

Examen Audiometria: NORMAL	Examen Optometria: NORMAL	Examen Medico Ocupacional Con Enfoque Osteomuscular y Lipídico: NORMAL
----------------------------	---------------------------	--

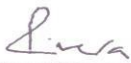
CONCEPTO

CONCEPTO DE APTITUD	Apto sin restricciones	APTO.
RECOMENDACIONES	ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.	

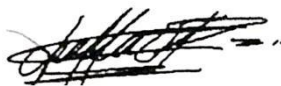
**RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL (GENERALES)
INGRESO AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

HIGIENE POSTURAL

""El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta" Igualmente, el paciente de manera libre y autónoma, consciente y autoriza a OMAR RIVERA MENJURA MEDICINA ALTERNATIVA MEDICINA LABORAL S.A.S, para que realice los procedimientos pertinentes"


Dr. Omar Rivera Menjura
Esp. Salud Ocupacional
RM. 3206 L.S.O. 4059 S.D.S.

OMAR AUDREY RIVERA MENJURA
RM: 3206 L.S.O 4059 04/19
Firma y sello del médico evaluador



JOSE HERNANDO VELASQUEZ PARRA
CC 19355142
Firma del trabajador evaluado

Fecha del Examen: 2026-01-23 09:39:59

Tipo del Examen: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	OMAR RIVERA MEDICINA ALTERNATIVA/LABORAL	Nit	NIT 900.938.062-8
Dirección	Calle 24A # 74A-25	Teléfonos	749 8166 - 316 423 1347
e-mail	info@ipsomarrivera.com		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JOSE HERNANDO VELASQUEZ PARRA					
Identificación	CC	19355142	Edad	67 Años	Sexo	M
Estado Civil	Casado (a)	Escolaridad	Profesional	Fecha de Nacimiento	27/12/1958	
Lugar de Nacimiento	BOGOTA	Dirección	CR 30 66 A 17	Estrato	3	
Procedencia	Departamento	Bogotá, D.C.	Municipio	Bogotá, D.C.	Teléfonos	3203657386
Grupo Sanguíneo	A +					
ARL	NO REFIERE					
EPS	COMPENSAR. E.P.S.					

DATOS EMPRESA

Razón social	PARTICULAR	Cargo	INDEPENDIENTE
Sede		Area	
Jornada de trabajo	0	Antigüedad	

ANTECEDENTES OCUPACIONALES (TRABAJO INMEDIATAMENTE ANTERIOR)

EMPRESA		CARGO	CONDUCTOR
ANTIGÜEDAD		EXPOSICION A RUIDO	SI
TIEMPO DE EXPOSICION		USO E.P.A	
TIPO		EXPOSICION A SOLVENTES	
TIEMPO DE EXPOSICION		OBSERVACIONES	

ANTECEDENTES NOSOACUSTICOS

PARENTESCO		
PATOLOGIA		
ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS AUDITIVOS		

PRESENTA USTED ALGUNO DE ESTOS SINTOMAS?

Nombre	No Refiere	Oido Izquierdo	Oido Derecho	Bilateral	Observaciones
OTITIS	X				
OTALGIA	X				
OTORREA	X				
PRURITO	X				
TRAUMA	X				
OTOTOXICOS	X				
CIRUGIA DE OIDO	X				
ACUFENO	X				
OTORRAGIA	X				
SENSACION DE OIDO TAPADO	X				
VERTIGO	X				
HIPOACUSIA SUBJETIVA	X				
OTROS	X				
OBSERVACIONES					

Nombres y Apellidos JOSE HERNANDO VELASQUEZ

Identificación CC 19355142

ANTECEDENTES SOCIOACUSTICOS

AURICULARES	NO	
TEJO O MINITEJO	NO	
MOTOCICLISMO MANEJA MOTO	NO	
DISCOTECA-CONCIERTOS	NO	
PRESTO SERVICIO MILITAR PRACTICA POLIGONO	NO	
BUCEO NATACION	NO	
OBSERVACIONES		

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

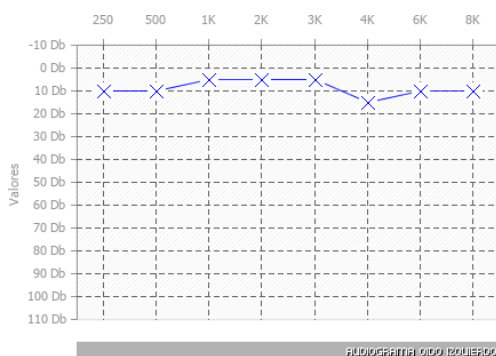
MENINGITIS	NO	
REUMATISMO	NO	
ALERGIAS	NO	
HTA	NO	
DIABETES	NO	
RUBEOLA	NO	
OTROS	NO	
OBSERVACIONES		
LE HAN PRACTICADO ALGUNA VEZ AUDIOMETRIA	SI	
FECHA ULTIMA AUDIOMETRIA	2 MESES	
MOTIVO	INGRESO LABORAL	
RESULTADO	NORMAL	
TIEMPO REPOSO AUDITIVO (HORAS)		

OTOSCOPIA

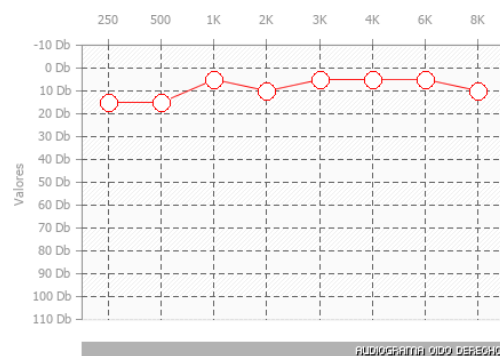
Nombre	Concepto
C.A.E DERECHO	NORMAL
C.A.E IZQUIERDO	NORMAL
M.T IZQUIERDO	
M.T DERECHO	

AUDIOGRAMA

Oido Izquierdo



Oido Derecho



DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Examen de oídos y de la audición
Resultado para certificado	NORMAL

Nombres y Apellidos JOSE HERNANDO VELASQUEZ

Identificación CC 19355142

RECOMENDACIONES	CUIDADOS AUDITIVOS, CONTROL AUDITIVO ANUAL.
IMPRESION DIAGNOSTICA	SENSIBILIDAD AUDITIVA NORMAL BILATERAL.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"



Dra. Andrea Atuesta Camacho
Fonoaudióloga
Esp. Salud Ocupacional
Res 4783 - U.J.T.L.

ANDREA ATUESTA CAMACHO
C.C 52797940 RM: Res 4783 - U.
Firma y sello del Médico Evaluador



JOSE HERNANDO VELASQUEZ PARRA
C.C 19355142
Firma del trabajador Evaluado



FECHA DEL EXAMEN 11/10/25 12:00 AM

DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	OMAR RIVERA MEDICINA ALTERNATIVA/LABORAL	Nit	NIT 900.938.062-8
Dirección	Calle 24A # 74A-25	Teléfonos	749 8166 - 316 423 1347
e-mail	info@ipsomarrivera.com		



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	KAREN DAYANA CASTILLO GOMEZ					
IDENTIFICACION	CC	1095486532	EDAD	27 Años	SEXO	F
ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)	ESCOLARIDAD	PROFESIONAL	FECHA DE NACIMIENTO	13/10/1998	
LUGAR DE NACIMIENTO	FLORIAN	DIRECCION	CLL 67 105C 82	Estrato	4	
PROCEDENCIA	DEPARTAMENTO	BOGOTÁ, D.C.	MUNICIPIO	BOGOTÁ, D.C.	TELEFONOS	3203657386
GRUPO SANGUINEO	O +					
ARL	NO REFIERE					
EPS	FAMISANAR LTDA. E.P.S.					

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	PARTICULAR		
CARGO	INDEPENDIENTE	JORNADA DE TRABAJO	DIURNO

ANTECEDENTES VISUALES

NO REPORTA

MOTIVO CONSULTA

EXAMEN DE INGRESO
PREVIA LIMPIEZA DE EQUIPOS BIOMÉDICOS RESPECTIVOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DEL ESPECIALISTA
EVALUADOR. EL CONSENTIMIENTO ACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA LO EXPLICADO RELACIONADO CON EL EXÁMEN A REALIZARSE. PREVIO
INFORMADO Y FIRMADO EN EL REGISTRO EN LA RECEPCIÓN E IGUALMENTE ENTIENDE QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA DEBE SER

SINTOMAS

VE CLARO

ULTIMO CONTROL VISUAL

Ultimo Examen	Usa RX	Interpretación
Menor 6 meses		

AGUDEZA VISUAL

OJO	SIN CORRECCION			CON CORRECCION		
	DERECHO	IZQUIERDO	BILATERAL	DERECHO	IZQUIERDO	BILATERAL
LEJANA	20/20	20/20	20/20			
PROXIMA	0.50M	0.50M	0.50M			

SEGMENTO ANTERIOR

OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
ESTRUCTURAS SANAS Y COMPLETAS.	ESTRUCTURAS SANAS Y COMPLETAS.

PERCEPCION

PROFUNDIDAD	60"
COLOR	16/17NORMAL
CAMPO VISUAL	

MOVIMIENTO

PUNTO MAXIMO DE CONVERGENCIA	LUZ		OR	
COVER TEST	VL	ORTHO	VP	ORTHO



Nombres y Apellidos

KAREN DAYANA CASTILLO GOMEZ

Identificación

CC

1095486532

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
ESTRUCTURAS TRANSPARENTES Y APARENTEMENTE SANAS.	ESTRUCTURAS TRANSPARENTES Y APARENTEMENTE SANAS.

REFRACCION

OJO IZQUIERDO	-
OJO DERECHO	-

RX FINAL

OJO DERECHO	-	AV	-				
ADD							
OJO IZQUIERDO		AV					
COLOR		USO		FILTRO		CONTROL	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Examen de ojos y de la visión
DIAGNOSTICO 2	
DIAGNOSTICO 3	
DIAGNOSTICO 4	
IMPRESION DIAGNOSTICA	EMETROPE

OBSERVACIONES

EMETROPE, ESTEREOPSIS, PERCEPCIÓN CROMÁTICA, ESTADO MOTOR Y VISUAL NORMAL.

RECOMENDACIONES

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA, REALIZAR PAUSAS DE HIGIENE VISUAL.

Entiendo que la información contenida en el presente informe es confidencial y se anexará a la historia clínica ocupacional, que toda la información que se ha suministrado es verdadera y no he omitido ninguna que pueda ser causante de dificultades laborales en el futuro y se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales, extraocupacionales y sus consecuencias. En constancia de lo anterior firmo.


Mayra Serrano Castro
Optómetra
Universidad El Bosque
CTNPO 3321/ SG-SST 15602
Especialista SST 15602/2018
CTNPO 3321

MAYRA FERNANDA SERRANO C.
RM: LSO 15602/18
Firma y sello del Médico Evaluador



JOSE HERNANDO VELASQUEZ PARRA
C.C 19355142
Firma del trabajador Evaluado