

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO● **SEDE:**CENDIATRA OCCIDENTE 1● **DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial● **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ● **TELÉFONO:**6014470068● **EMAIL:**cit.occidente1@cendiatra.com● **FECHA EXAMEN:**2026-01-29**Nombres y apellidos:**WILLIAM ALBERTO ZAMORA MENDEZ**Fecha de nacimiento:**25/05/1966**Empresa:**PARTICULAR**Empresa usuaria:****Cargo:**TECNOLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA**Departamento:**BOGOTÁ D.C.**ARL:****Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES**CC:**79425327**Edad:**59 **Sexo:**MASCULINO**Fecha ingreso:**2026-01-29 / 06:43:19**Fecha salida:**2026-01-29 / 11:06:31**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS**EPS:**COMPENSAR E.P.S.**EXÁMENES REALIZADOS**

• PERFIL LIPIDICO

• ENFASIS
CARDIOVASCULAR• GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO
DIFERENTE A ORINA• EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE
PRE INGRESO**CONCEPTO DE APTITUD:**

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:**RECOMENDACIONES:**

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

ANUAL, CONTINUAR USO DE CORRECCION OPTICA PARA VISION PROXIMA

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

Karen A. Cuello
KAREN ALEXANDRA CUELLO
ALVAREZ
MEDICO ESPECIALISTA
EN MEDICINA Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN 1024 DE 31/01/2023

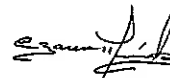
KAREN CUELLO

CC: 56077671

RM: 56077671

LIC-SST: 56077671

Firma y sello del médico

**WILLIAM ALBERTO ZAMORA**

MENDEZ

CC: 79425327

Firma del paciente

Sedes Bogotá
Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP - Norte 106 -
Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales
Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Exito San Fernando -
Cali La Flora - Cali Versailles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala -
Medellín Alpujarra - Medellín Bello - Montería - Pereira - Rionegro - Santa Marta -
Villavicencio

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 1

DIRECCIÓN: Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014470068

EMAIL: citas.occidente1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2026-01-29

Nombres y apellidos: WILLIAM ALBERTO ZAMORA MENDEZ

Fecha de nacimiento: 25/05/1966

Empresa: PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo: TECNÓLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA

Departamento: BOGOTÁ D.C.

ARL:

Fondo de Pensiones: COLPENSIONES

CC: 79425327

Edad: 59 **Sexo:** MASCULINO

Fecha ingreso: 2026-01-29 / 06:43:19

Fecha salida: 2026-01-29 / 11:06:31

Actividad Económica: 0010 - ASALARIADOS

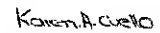
EPS: COMPENSAR E.P.S.



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.

Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ANUAL, CONTINUAR USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA


KAREN ALEXANDRA CUELLO
ALVAREZ
MÉDICO ESPECIALISTA
EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCIÓN 1824 DE 31/01/2023

KAREN CUELLO

CC: 56077671

RM: 56077671

LIC-SST: 56077671

Firma y sello del médico

WILLIAM ALBERTO ZAMORA

MENDEZ

CC: 79425327

Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 1

DIRECCIÓN:Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial

CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ

TELÉFONO:6014470068

EMAIL:citass.occidente1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN:2026-01-29

CC:79425327

Nombres y apellidos:WILLIAM ALBERTO ZAMORA MENDEZ

Fecha de nacimiento:25/05/1966

Edad:59 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +

Teléfono:3212699023

Dirección:

Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE

Teléfono acompañante:NO REFIERE

Nombre responsable:NO REFIERE NO REFIERE

Teléfono responsable:NO REFIERE

Departamento:BOGOTÁ D.C.

ARL:

Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

Empresa:PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo:TECNOLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA

Fecha ingreso:29/01/2026

Fecha salida:29/01/2026

Parentesco del responsable:NO REFIERE

Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO

Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS

EPS:COMPENSAR E.P.S.



PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL

RESULTADO.CT	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
	230	MG/DL	DESEABLE: < 200 MG/DL, INTERMEDIO ALTO: 200-239 MG/DL, ALTO: IGUAL O > 240 MG/DL

TRIGLICERIDOS

RESULTADO.TG	97	MG/DL	NORMAL:<150MG/, INTERMEDIO:150 - 199MG/DL, ALTO:200 - 499MG/DL, MUY ALTO: IGUAL O >500MG/DL
--------------	----	-------	---------------------------------------------------------------------------------------------

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

RESULTADO.HDL	48	MG/DL	NORMAL:>40 MG/DL
---------------	----	-------	------------------

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

RESULTADO.LDL	162.60	MG/DL	OPTIMO:<100 MG/DL, CERCANO AL OPTIMO: 100 -129 MG/DL, INTERMEDIO ALTO: 130 -159 MG/DL, ALTO: 160 -189 MG/DL, MUY ALTO: IGUAL O >190 MG/DL
---------------	--------	-------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ADJUNTAR RESULTADO

ADJUNTA FORMATO

Shirley Karina Cáceres C.
Firma y sello del médico

SHIRLEY KARINA CACERES CACERES

RM: N/A

Firma y sello del médico

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 1

DIRECCIÓN:Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial

CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ

TELÉFONO:6014470068

EMAIL: citas.occidente1@cendiatra.com

FECHA EXAMEN:2026-01-29

CC:79425327

Nombres y apellidos:WILLIAM ALBERTO ZAMORA MENDEZ

Fecha de nacimiento:25/05/1966

Edad:59 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +

Teléfono:3212699023

Dirección:

Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE

Teléfono acompañante:NO REFIERE

Nombre responsable:NO REFIERE NO REFIERE

Teléfono responsable:NO REFIERE

Departamento:BOGOTÁ D.C.

ARL:

Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

Empresa:PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo:TECNOLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA

Fecha ingreso:29/01/2026

Fecha salida:29/01/2026

Parentesco del responsable:NO REFIERE

Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO

Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS

EPS:COMPENSAR E.P.S.



GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

RESULTADO

RESULTADO

UNIDAD DE MEDIDA

VALOR DE REFERENCIA

NORMAL: 70-100 MG/DL,
AGA: >100-125MG/DL,
DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO

CARGAR ARCHIVO

Shirley Karina Cáceres C.
Firma y sello del médico

SHIRLEY KARINA CACERES CACERES

RM: N/A

Firma y sello del médico

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

ZONAMEDICA

NIT. 900170994-9

**ZONAMEDICA MR SAS - IPS**
NIT: 900170994**Paciente:** WILLIAM ALBERTO ZAMORA MENDEZ
Fecha y Lugar: 19/11/2024 BOGOTÁ D.C.**Identificación:** 79425327 **Impreso:** 10/02/2025 - 9:28:29 a. m.

Página 1 de 4

Fecha y hora de realización del examen: 19/11/2024 9:03:20 a. m.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Sexo: MASCULINO **Edad:** 58 **Fecha y Lugar de Nacimiento:** 25/05/1966 BOGOTÁ D.C.
Estado Civil: SOLTERO(A) **Estrato:** **Escolaridad:** TECNOLÓGICO COMPLETA
EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD **ARL:** NO REPORTA
AFP: COLPENSIÓN **Profesión:**
Dirección: KR 69 I # 68 16 **Teléfono:** 2503399 **Móvil:** 3212699023

INFORMACIÓN OCUPACIONAL ACTUAL

Cargo: ADMINISTRADOR REGENTE DE DROGUERÍA Y FARMACIA - Descripción del Cargo: ADMINISTRADOR REGENTE DE DROGUERÍA Y FARMACIA
Empresa: DROGUERÍAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE SAS
Tipo de Examen: INGRESO - Antigüedad: 0 - Turno: Diurno

Materias Primas: CAJAS, INSUMOS MEDICOS, MEDICAMENTOS**Equipos o Herramientas Utilizadas:** COMPUTADOR, NEVERA**Usa elementos de protección personal:** S - Control Fuente: N - Control Medio: N - Tiempo de Exposición: NO APLICA**Acciones Realizadas:** DIGITAR - OTRA - HALAR, LEVANTAR Y EMPUJAR - Posturas: SENTADO - DE PIE - CAMINANDO - Elementos de Protección Personal: OTROS

<u>Biológicos</u>	<u>Físicos</u>	<u>Químicos</u>	<u>Biomecánico</u>	<u>Psicosocial</u>	<u>Condiciones de Seguridad</u>	<u>Fenómenos Naturales</u>
Viruses Bacterias Hongos Rickettsias Parasitos Picaduras Mordeduras Fluidos o Excrementos	Ruido X Iluminación Vibración Temperatura Presión Atmosférica Radiación Ionizante Radiación No Ionizante	X Polvo Fibras X Líquidos Gases Vapores Humo X Material Particulado	Trabajo Estático X Esfuerzo Físico Manejo de Cargas Posturas Forzadas X Trabajo Sedentario X Movimientos	X Contenido de la Tarea X Relaciones Humanas Riesgo Contra Persona Secretos del Producto Secretos del Proceso X Gestión Administrativa Organización del Tiempo	Mecánica Riesgo Eléctrico X Localivo X Tecnológico Accidente de Tránsito Público Trabajo en Alturas Trabajo en Espacios Confinados	Sismo Terremoto Vendaval Inundación Derrumbe Precipitaciones

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Cargo	Tiempo de Exposición	Riesgos	Biológico	Físico	Químico	Biomecánico	Psicosocial	Seguridad	F. Naturales
RECURSIVOS SERVIVYUDA SAS	AUXILIAR DE FARMACIA	2 AÑOS		-	X	X	S	-	-	-
FUNDACION CARDIOINFANTIL	REGENTE DE FARMACIA	1 AÑO 6 MESES		-	X	X	S	X	-	-

ANTECEDENTES FAMILIARES

Tipo	Refiere	Observaciones
1. HTA	S	MADRE
10. ENFERMEDAD MENTAL	N	
11. CÁNCER	N	
12. CARDIOPATÍAS	N	
13. AUTOINMUNES	N	
14. ENFERMEDADES RENALES	N	
15. OTROS	N	
2. INFARTO	N	
3. ACV	N	
4. ALERGIAS	N	
5. ULCERA PÉPTICA	N	
6. DIABETES	N	
7. ASMA	N	
8. T B C	N	
9. ARTRITIS	N	
NIEGA ANTECEDENTES FAMILIARES	N	

ANTECEDENTES PERSONALES

Tipo	Refiere	Observaciones
3. QUIRÚRGICOS	N	
4. TRAUMÁTICOS	S	NIEGA ENFERMEDAD O ACCIDENTE DE ORIGEN LABORAL
5. VENEREAS	N	

Paciente: WILLIAM ALBERTO ZAMORA MENDEZ
Fecha y Lugar: 19/11/2024 BOGOTA D.C

Identificación: 79425327

Impreso: 10/02/2025 - 9:28:29 a. m.

Página 2 de 4

Fecha y hora de realización del examen: 19/11/2024 9:03:20 a. m.

6. TÓXICOALÉRGICOS	N
7. FARMACOLÓGICOS	N
8. PSIQUIÁTRICOS	N
9. INMUNOLÓGICOS	N
1. INFANCIA	N
10 TRANSFUSIONALES	N
11 ESTOMATOLÓGICOS	N
12. PRÓTESIS FUNCIONALES	N
2 PATOLÓGICOS	N
NIEGA ANTECEDENTES PERSONALES	N

RESUMEN DE ANTECEDENTES

FAMILIARES	1. HTA	MADRE	19/11/2024
PERSONALES	4. TRAUMÁTICOS	NIEGA ENFERMEDAD O ACCIDENTE DE ORIGEN LABORAL	19/11/2024
PERSONALES	1. INFANCIA	NIEGA ACCIDENTE LABORAL O ENFERMEDAD PROFESIONAL	19/10/2022
PERSONALES	2. PATOLÓGICOS	PRESBICIA, UTILIZA GAFAS PARA LEER DE CERCA O LETRA PEQUEÑA	19/10/2022

HÁBITOS

Tipo de Fumador: No Fumador - Años de Suspensión del hábito: 0 - Años de Fumador: 0 - Número de Cigarrillos al día 0
Tipo de Bebedor: Bebedor - Años de hábito: 0 - Frecuencia de Consumo: Ocasional - Tipo de Licor: - ¿Ha tenido problemas con la bebida?: N - ¿Cuál Problema?: - Años de suspensión: 0
¿Toma algún medicamento regularmente?: N - ¿Cuál?:
Deporte: SI - BALONCESTO, CICLISMO - Frecuencia: Semanal 5-7 día/sem
Psicofármacos: No -

Accidente de Trabajo: No Reporta

Enfermedad Laboral: No Reporta

REVISIÓN POR SISTEMAS

Tipo	Refiere	Observaciones
1. NEUROLÓGICO	N	
2. VISUAL	N	
3. ORL	N	
4. BOCA Y DENTADURA	N	
5. ENDOCRINOLÓGICO	N	
6. RESPIRATORIO	N	
7. CARDIOVASCULAR	N	
8. OSTEOVASCULAR	N	
9. GASTROINTESTINAL	N	
10. GENITOURINARIO	N	
11. HEMATOLÓGICO	N	
12. INMUNOLÓGICO	N	
13. PIEL Y FANERAS	N	
14. OTROS	N	

ENFERMEDAD ACTUAL

ASINTOMÁTICO

EXAMEN FÍSICO

Talla: 168.5 cm	Peso: 80 KG	IMC: 28.18 - - Sobrepeso	Temperatura: 37 °C	Tensión Arterial: 134/82	Frecuencia Cardíaca: 68
Frecuencia Respiratoria: 18	Bi tipo: N/A	Lateralidad: Derecha	Estado General: Bueno	Saturación:	
Cintura: 95	Cadera: 101	ICC: 0.94 Riesgo Cardiovascular Moderado			

CABEZA/CRÁNEO: NORMAL - OROFARINGE: Amígdalas: NORMAL - Faringe NORMAL
CAVIDAD ORAL: Dientes: NORMAL - Encías: NORMAL - Labios: NORMAL - Mucosa Bucal: NORMAL - Lengua: NORMAL - Paladar: NORMAL
OJOS: Conjuntivas: NORMAL - Córnea: NORMAL - Fondo de Ojos: NO EXAMINADO - Párpados: NORMAL
OIDOS: Inspección Externa: NORMAL - Otoscopia: NORMAL
NARIZ: Inspección Externa: NORMAL - Rinoscopia: NO EXAMINADO
CUELLO: Inspección: NORMAL - Palpación: NORMAL
TORAX: Inspección: NORMAL - Ventilación Pulmonar: NORMAL - Conformación: NORMAL - Mamas: NO EXAMINADO - Ruidos Cardíacos: NORMAL
ABDOMEN: Exploración: NORMAL - Palpación: NORMAL - Inspección: NORMAL
OSTEOMUSCULAR: Inspección de Columna: NORMAL - Palpación Columna: NORMAL - Miembros Superiores: NORMAL - Miembros Inferiores: ANORMAL
Columna Vista Lateral: Normal - Columna Vista Posterior: Alineada - Flexibilidad Wells: IV - Lasegue: Negativo - Compresión Radicular: Negativo
Extremidades Superiores: Tinel: Negativo - Phanel: Negativo - Finkelstein: Negativo
GENITOURINARIO: Genitales: NO EXAMINADO - Región Inguinal: NORMAL
OTROS: Equilibrio: NORMAL - Paros Craneanos: NORMAL - Marcha: NORMAL - Piel y Faneras: NORMAL - Reflejos Tendinosos: NORMAL - Sensibilidad: NORMAL - Conciencia: NORMAL
OTROS HALLAZGOS EN EL EXAMEN FÍSICO: VARICES GRADO I, DE MIEMBROS INFERIORES, BILATERALMENTE, SIN EDEMA, ULCERAS NI OTRAS ALTERACIONES DE MIEMBROS INFERIORES.

AGUDEZA VISUAL: LEJANA: Sin Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0 - Con Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0
AGUDEZA VISUAL: CERCANA: Sin Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0 - Con Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0

Paciente: WILLIAM ALBERTO ZAMORA MENDEZ
Fecha y Lugar: 19/11/2024 BOGOTÁ D.C

Identificación: 79425327

Impreso: 10/02/2025 - 9:28:29 a. m.
Página 3 de 4

Fecha y hora de realización del examen: 19/11/2024 9:03:20 a. m.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Examen	Concepto Especialidad	Consideraciones Médicas	Diagnóstico	Recomendaciones
ESCALA DE DEPRESION BECK MANUAL			PRUEBA PSICOLOGICA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES. SE RECOMIENDA REALIZAR ACTIVIDADES DE SU INTERÉS QUE MANTENGAN SU ESTADO PSICOLÓGICO Y COGNITIVO SALUDABLE. CONTINUAR REALIZANDO LA PRUEBA PSICOLÓGICA DE FORMA PERIÓDICA O SEGÚN SE REQUIERA.	PRUEBA PSICOLOGICA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES. SE RECOMIENDA REALIZAR ACTIVIDADES DE SU INTERÉS QUE MANTENGAN SU ESTADO PSICOLÓGICO Y COGNITIVO SALUDABLE. CONTINUAR REALIZANDO LA PRUEBA PSICOLÓGICA DE FORMA PERIÓDICA O SEGÚN SE REQUIERA.
OPTOMETRÍA			HIPERMETROPIA PRESBICIA	AGUDEZA VISUAL DE LEJOS SIN ALTERACIONES. SU CAPACIDAD VISUAL DE CERCA SE ENCUENTRA DISMINUIDA PARA LA OCUPACIÓN, REQUIERE USO DE CORRECCION ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, CONTROL ANUAL.
MEDICINA			SOBREPESO, INSUFICIENCIA VENOSA CLASE 1 DE MIEMBROS INFERIORES	DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA. REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA.
COPROLÓGICO			COLOR: CAFÉ CONSISTENCIA: BLANDO FLORA BACTERIANA: NORMAL EXAMEN MACROSCÓPICO: MOCO: NO SE OBSERVA SANGRE: AUSENTE EXAMEN MICROSCÓPICO: ERITROCITOS: NO SE OBSERVAN LEUCOCITOS: NO SE OBSERVAN MOCO: NO SE OBSERVA HONGOS (LEVADURA): NO SE OBSERVAN FORMA PARASITARIA. NEGATIVO PARA PARASITOS EN LA MUESTRA OBSERVADA OTROS:	
FROTIS FARÍNGEO SIN CULTIVO (COLORACIÓN DE GRAM)			FLORA BACTERIANA: NORMAL REACCIÓN LEUCOCITARIA: NORMAL NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS MICOTICAS EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES	USO DE EPP, REALIZAR ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE TIPO OSTEOMUSCULAR COMO PAUSAS ACTIVAS O ESTIRAMIENTOS, DE REGION LUMBAR, CERVICAL Y LAS 4 EXTREMIDADES, SEGÚN PROGRAMA DE LA EMPRESA.
KOH - FROTIS UÑAS				
ANEXO OSTEOMUSCULAR				

Impresión Diagnóstica - CIE10

Código:	Diagnóstico:	Posible Origen de la Enfermedad:	Observaciones:
H524	PRESBICIA	No Definido	Ingresado en Optometría
H520	HIPERMETROPIA	No Definido	Ingresado en Optometría
R635	AUMENTO ANORMAL DE PESO	No Definido	SOBREPESO
I872	INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)	No Definido	INSUFICIENCIA VENOSA CLASE 1 DE MIEMBROS INFERIORES

Observaciones de la Impresión diagnóstica.: SOBREPESO, INSUFICIENCIA VENOSA CLASE 1 DE MIEMBROS INFERIORES

CONCEPTO DE APTITUD

APT0 PARA CARGO A DESEMPEÑAR

APT0 PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Notas:

RESTRICCIONES

Tipo de Restricción:	Condiciones, Factores, Agentes Asociados:	Permanente:
----------------------	-------------------------------------------	-------------

Bogotá Sede Soledad: AV Cra 28 No. 41 - 36 Teléfono: (601) 4554499 / Sede Norte: Carrera 45 No 105-21 Teléfono: (601) 9260152 e-mail: recepcion@zonamedicaips.com

Impreso por Software SIMEDI - Salud Laboral - www.sigafda.com.co

Paciente: WILLIAM ALBERTO ZAMORA MENDEZ
Fecha y Lugar: 19/11/2024 BOGOTA D.C

Identificación: 79425327

Impreso: 10/02/2025 - 9:28:29 a. m.

Página 4 de 4

Fecha y hora de realización del examen: 19/11/2024 9:03:20 a. m.

NO

REMISION A ESPECIALISTAS

Remisión: Observaciones:
NO

INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA O AL PROGRAMA DE PREVENCION Y PROMOCION

Vigilancia: Observaciones:
NO

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO


OBSERVACIONES

PESO, VARIC

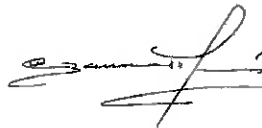
Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA: En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a ZONAMEDICA MR SAS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos


Diego Alejandro Paez S.
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
C.C 1833428063
E.U.A.A

Profesional
DIEGO ALEJANDRO PAEZ SILVA





Firma y cédula del Paciente
WILLIAM ALBERTO ZAMORA MENDEZ
79425327

