
	Certificado Médico Ocupacional		
	EMPRESA		
PARTICULAR			

NO. CERTIFICADO	2.151.175	FECHA	19/02/2026 10:36 a.m.	PRESTADOR/SEDE	BOGOTÁ - SANTA BARBARA
PENSIONES	PORVENIR	ARL	NO REFIERE		
EPS	SANITAS			TIPO DE EXAMEN	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	CADENA VILLOTA EDWIN FABRICIO			NO. DOCUMENTO	CC. 1.004.342.616
TIPO DE CARGO	ADMINISTRATIVO			CARGO U OFICIO	CONTRATISTA
EDAD	31	SEXO	M	TELÉFONO	3145611053
				CORREO	cadenavillota123@gmail.com

ACTIVIDAD ECONOMICA: SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA ASIGNADA

EXÁMENES REALIZADOS

COLESTEROL HDL - COLESTEROL LDL - COLESTEROL TOTAL - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA - TRIGLICÉRIDOS

CONCEPTO DE APTITUD

Apto sin restricciones para el cargo

OTROS CONCEPTOS

NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - EVITAR FRITOS Y GRASAS ANIMALES, AUMENTAR FRUTAS Y VERDURAS. - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE
SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CORRECCIÓN OPTICA PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECCION OPTICA

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, CADENA VILLOTA EDWIN FABRICIO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.004.342.616, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades
1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de MEDICINA LABORAL S.A.S. está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.

En constancia, firmo:

Aspirante o trabajador

Edwin Cadenavillota

CC. 1.004.342.616



Certificado Médico Ocupacional

EMPRESA

PARTICULAR



NO. CERTIFICADO	2.151.175	FECHA	19/02/2026 10:36 a.m.	PRESTADOR/SEDE	BOGOTÁ - SANTA BARBARA
PENSIONES	PORVENIR	ARL	NO REFIERE		
EPS	SANITAS			TIPO DE EXAMEN	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	CADENA VILLOTA EDWIN FABRICIO			NO. DOCUMENTO	CC. 1.004.342.616
TIPO DE CARGO	ADMINISTRATIVO			CARGO U OFICIO	CONTRATISTA
EDAD	31	SEXO	M	TELÉFONO	3145611053
				CORREO	cadenavillota123@gmail.com

Aspirante o trabajador



Profesional



SIEMO A. RONDON / M.P.
MÉDICO / SAN FERNANDO
C.C. 257.654-18

CC. 1.004.342.616

DR. RONDON PEREZ SILVIO AUGUSTO R.M.4738/92 CC79157105 LIC. 234 DE 10-01-2018


ELABORADO Y EMITIDO POR

MEDICINA LABORAL S.A.S. 830142721 SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 BIS A NO. 123-86 PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

Confidencial:

Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com



HISTORIA CLÍNICA

EMPRESA

PARTICULAR

SEDE


SANTA BARBARA, BOGOTÁ

NOMBRES

CADENA VILLOTA EDWIN FABRICIO

FECHA

19/02/2026 10:36 a.m.



DATOS PERSONALES

DOCUMENTO: CC.1004342616

FEC. NACIMIENTO: 19/04/1994

EDAD: 31

SEXO: M

PER. A CARGO: 0

ESTADO CIVIL: SOLTERO

ESCOLARIDAD: UNIVERSITARIO

ESTRATO: 2

TELEFONO: 3145611053

L. NACIMIENTO: CONSACA-NARIÑO

DOMICILIO: CLL 166 NO 8H-20, BOGOTA

CORREO: CADENAVILLOTA123@GMAIL.COM

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN: N/A

TIPO DE EXAMEN: PRE-INGRESO

EPS: SANITAS

ARL: NO REFIERE

PENSIONES: PORVENIR

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

TIPO DE CARGO: ADMINISTRATIVO

OTRO: NO REFIERE

CARGO A DESEMPEÑAR: CONTRATISTA

TURNO: DIURNO

ANTIGÜEDAD: NO REFIERE

DESCRIPCION DEL CARGO: LABORES DE OFICINA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

GENERALES: NIEGA

FAMILIARES: NIEGA

OCULARES: NO USO DE CORRECCION OPTICA

OTROS:

PACIENTE FUE REVISADO BAJO LINEAMIENTOS PROTOCOLO DE MANEJO DE COVID 19

OPTOMETRIA

OCUPACIÓN: CONTRATISTA - ADMINISTRADOR EMPRESA

TIEMPO EN EL OFICIO: Años: 3 - Meses: 0

¿UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN?: NO

¿LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRÍA ANTERIORMENTE?: SI

¿TIENE LENTES FORMULADOS?: NO

FECHA ÚLTIMO CAMBIO DE LENTES:

TIPO DE CORRECCIÓN: NINGUNO

FORMA DE USO:

PERMANENTES (NO) OCASIONALES (NO) PARA VER DE CERCA (NO) PARA VER DE LEJOS (NO) OTROS (NO)

¿CIRUGÍA OCULAR?: NO

¿USA LENTES ACTUALMENTE?: NO

¿LOS PRESENTA AL EXAMEN?: NO

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Sintoma	Observaciones
Asintomatico	

LENSOMETRIA O.D - O.I.: NO APLICA


TIPO DE LENTE OD - OI: NO APLICA

ADD O.D - O.I: NO APLICA

AGUDEZA VISUAL:

VISIÓN LEJANA				VISIÓN CERCANA			
OD		OI		OD		OI	
Sin corrección	Con corrección	Sin corrección	Con corrección	Sin corrección	Con corrección	Sin corrección	Con corrección
20/22	20/	20/25	20/	20/20	20/	20/22	20/

VISIÓN LEJANA AMBOS OJOS		VISIÓN CERCANA AMBOS OJOS	
Sin corrección	Con corrección	Sin corrección	Con corrección
20/22	20/	20/20	20/



EMPRESA

SEDE

NOMBRES

FECHA


PARTICULAR

SANTA BARBARA, BOGOTÁ

CADENA VILLOTA EDWIN FABRICIO

19/02/2026 10:36 a.m.

HISTORIA CLÍNICA



EXAMEN EXTERNO

OD: NORMAL

OI: NORMAL

COVER TEST

LEJOS: [NORMAL]

CERCA: [NORMAL]

PPC: 1

OFTALMOSCOPIA

OD: [NORMAL]

OI: [NORMAL]

PIN HOLE

OD: NO APLICA

OI: NO APLICA

TIPO DE TEST: ISHIHARA

VISIÓN CROMÁTICA: [NORMAL]

INTERPRETACIÓN: N/A

NÚMERO: N/A

TEXTO: N/A

OBSERVACIONES: N/A

ESTEREOPSIS: [NORMAL]

SEGUNDOS/ARCO: 40

OTROS

QUERATOMETRIA

O.D.:

O.I.:

RETINOSCOPIA

O.D.: N-0.25*0

O.I.: N-0.50*0

SUBJETIVO

O.D.: N-0.25*0 20/20

O.I.: N-0.50*0 20/20

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Código

Descripción

H522

ASTIGMATISMO

RECOMENDACIONES

CORRECCIÓN OPTICA PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECCION OPTICA

OTRA RECOMENDACIÓN

USO LUBRICANTE OCULAR


REMITIDO A:

N/A

CAUSA REMISIÓN:

N/A

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.



HISTORIA CLÍNICA

EMPRESA

SANTA BARBARA, BOGOTÁ

SEDE


CADENA VILLOTA EDWIN FABRICIO

NOMBRES

FECHA

19/02/2026

10:36 a.m.




Consentimiento informado

MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, en desarrollo de su objeto social consistente en la prestación de servicios de salud ocupacional, incluyendo la realización de exámenes médicos ocupacionales y sus exámenes complementarios, informa que **cumple estrictamente con las disposiciones de la Resolución 1843 de 2025, y demás normatividad vigente expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Por tratarse de datos sensibles, MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados garantiza que el tratamiento de la información se realiza únicamente para los fines establecidos en la legislación, y que solo podrá ser conocida por terceros previa autorización** del paciente o en los casos previstos por la ley. Asimismo, se asegura la veracidad de la información contenida en las historias clínicas, respaldada por las firmas del médico evaluador, los profesionales de la salud involucrados y el paciente examinado.

Yo, CADENA VILLOTA EDWIN FABRICIO, identificado(a) con CC.1004342616, en calidad de paciente/usuario, declaro que he sido informado(a) de manera clara, oportuna, veraz y comprensible sobre la naturaleza y propósito de los exámenes y procedimientos médicos ocupacionales que se me realizarán de manera detallada, incluyendo posibles beneficios, riesgos, consecuencias y beneficios.

Que incluye:	Evaluación de la agudeza visual y la salud ocular en general. Se utilizan equipos especializados para analizar parámetros visuales clave, como la agudeza visual y la percepción de colores. Durante la valoración, el profesional realizará mediciones con y sin lentes, según corresponda.
Riesgos:	Comprendo que, como en cualquier procedimiento médico, existen riesgos y limitaciones asociados con la consulta de optometría y cualquier tratamiento o procedimiento recomendado. Esto puede incluir molestias temporales, efectos secundarios de ciertos tratamientos, o la necesidad de procedimientos adicionales.

Profesional




Dra. Lorena A. Carlier Rangel

Optómetra U. La Salle

Exp. Gerencia Salud Seguridad Trabajo

FUAA Res.29682/14/11/25

Aspirante o trabajador



DRA. CARLIER RANGEL LORENA ALEXANDRA

CC52959620 LIC. 29682 D

CC.1004342616

Autorización de datos personales

Yo, CADENA VILLOTA EDWIN FABRICIO, identificado(a) con el documento de identidad No. CC.1004342616, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S. para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

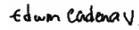
Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de MEDICINA LABORAL S.A.S. está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.

En constancia, firmo:

Aspirante o trabajador



CC.1004342616

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

CONFIDENCIAL - este documento es de uso exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S., por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita.

www.medilaboral.com historiasclinicas@medilaboral.com

HISTORIA CLÍNICA



EMPRESA PARTICULAR
SEDE SANTA BARBARA, BOGOTÁ
NOMBRES CADENA VILLOTA EDWIN FABRICIO
FECHA 19/02/2026 10:36 a.m.



ELABORADO Y EMITIDO POR

MEDICINA LABORAL S.A.S. 830142721 SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 BIS A NO. 123-86 PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ
Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

Confidencial: Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com - historiasclinicas@medilaboral.com

SEÑOR(A):

CADENA VILLOTA EDWIN FABRICIO

CC.: 1004342616

REF. RECOMENDACIONES EMITIDAS EN EL CONCEPTO MÉDICO DE LA IPS.

CORDIAL SALUDO,

EL DÍA 19 DE FEBRERO DE 2026 FUE RECIBIDO POR LA EMPRESA EL CONCEPTO MÉDICO DE SU EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EN EL CUAL NOS INFORMAN LAS SIGUIENTES:

RECOMENDACIONES:

- SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - EVITAR FRITOS Y GRASAS ANIMALES, AUMENTAR FRUTAS Y VERDURAS. - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MÉDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE
- CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECCION OPTICA

POR LO ANTERIOR; SOLICITAMOS QUE TRAMITE UNA CITA CON SU MÉDICO TRATANTE DE LA EPS PARA QUE PUEDA HACER EL SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES, A FAVOR DEL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1072 DE 2015, LA RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Y EL SEGUIMIENTO DE NUESTRO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN,

Edwin Cadena V.

CADENA VILLOTA EDWIN FABRICIO

CC.: 1004342616