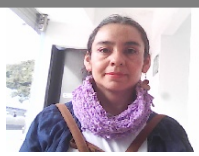
EXAMEN OPTOMETRÍA



UNIMOS SALUD SAS
NIT: 900615719-1
11001

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	25/11/2025 BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	**Tipo de Examen:**	EVENTO
Paciente:	MARIBEL ROMERO CUBILLOS	**Identificación:**	53094778
Género	FEMENINO **Edad:** 40	**Teléfono**	3144406510 **Móvil:**
Fecha Nacimiento:	6/05/1985	**Cargo:**	TRABAJADOR (A) SOCIAL
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CRA 68C NO 60A 70 SUR	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Empresa	PARTICULAR -	**Fecha y hora Examen:**	25/11/2025 8:03:50 a. m.

EVALUACIÓN

Usa Computador : N **Horas al día :** **Iluminación Artificial :** N **Iluminación Natural :** N Última Evaluación : 0

Tiene algún tipo de exposición a compuestos químicos : N **¿Cuales? :**

Antecedentes oculares: USA GAFAS PARA VER DE LEJOS DESDE ABRIL DEL 2024

Antecedentes Personales: NO REFIERE

Sintomatología : NO REFIERE

Cirugía ocular : S OI CHALAZION AÑO 2005

Usa Corrección S LEJOS **¿Gafas? :** S **¿Lentes de Contacto?** N

Agudeza Visual

Visión Lejana	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/ 40**	**Ambos: 20/ 40**	**Izquierdo: 20/ 40**
	Con Corrección:	**Derecho: 20/ 20**	**Ambos: 20/ 20**	**Izquierdo: 20/ 20**
Visión Próxima	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/ 20**	**Ambos: 20/ 20**	**Izquierdo: 20/ 20**
	Con Corrección	**Derecho: 20/**	**Ambos: 20/**	**Izquierdo: 20/**
Lensometría	**Izquierdo : -1.00 ESF**		**Derecho : -0.75-0.50*130**	**ADD :**

Examen Externo: SANO

Examen Motor: NORMAL

Oftalmoscopia: NA

VIsión cromática OD: NORMAL - OI: NORMAL

Campo Visual OD: NORMAL - OI: NORMAL

Estereopsis: NORMAL

Queratometría OD: NO EXAMINADO - OI: NO EXAMINADO

Retinoscopia OD: -0.50-0.50*92 AUTO - OI: -0.50-0.50*84 AUTO

Subjetivo OD: - AV: 0 - Subjetivo OI - AV: 0

Cie10: ASTIGMATISMO-H522
Cie10: -
Cie10: -

Recomendaciones: CONTROL ANUAL

Diagnóstico: ASTIGMATISMO-CUMPLE CON CORRECCION OPTICA PERMANENTE

Concepto: DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL Y FUNCION BINOCULAR DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.

Formula Final: OD: OI:

ADD :

Distancia Pupilar :

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N

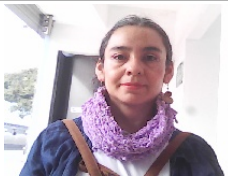
Remitido: -



OPTOMETRA
YULY EDILEIN GARZON POSADA
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1013579617
2837/2009 - 12613/2016

Firma y cédula del Paciente
MARIBEL ROMERO CUBILLOS
53094778

CERTIFICADO DE OPTOMETRÍA



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	25/11/2025 BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	**Tipo de Examen:**	EVENTO
Paciente:	MARIBEL ROMERO CUBILLOS	**Identificación:**	53094778
Género	FEMENINO **Edad:** 40	**Teléfono**	3144406510 **Móvil:**
Fecha Nacimiento:	6/05/1985	**Cargo:**	TRABAJADOR (A) SOCIAL
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CRA 68C NO 60A 70 SUR	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Empresa	PARTICULAR -		

EVALUACIÓN

Formula Final OD

Formula Final OI

Distancia Pupilar

ADD

Recomendaciones CONTROL ANUAL

Impresión Diagnóstica ASTIGMATISMO-CUMPLE CON CORRECCION OPTICA PERMANENTE

Remisiones -

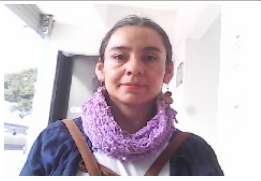
Yuly Damón Posada
C.C. 1013579617
OPTOMETRA
FUSM

OPTOMETRA
YULY EDILEIN GARZON POSADA
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1013579617
2837/2009 - 12613/2016

MARIBEL ROMERO CUBILLOS 53094778

Firma y cédula del Paciente

LABORATORIO CLÍNICO



UNIMOS SALUD SAS
900615719-1

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 25/11/2025 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL
Paciente: MARIBEL ROMERO CUBILLOS
Género FEMENINO **Edad:** 40
Fecha Nacimiento: 6/05/1985
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CRA 68C NO 60A 70 SUR
Empresa PARTICULAR -

Tipo de Examen: EVENTO
Identificación: 53094778
Teléfono 3144406510 **Móvil:**
Cargo: TRABAJADOR (A) SOCIAL
EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Escolaridad: UNIVERSITARIO

Informe de Laboratorio: 128246

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	143.7 mg/dL	MENOR 200 mg/dL	
TRIGLICERIDOS	**156.2 mg/dL	MENOR DE 150 mg/dL	
COLESTEROL HDL	47.9 mg/dL	40 - 70 mg/dL	
COLESTEROL LDL	65 mg/dL	MENOR DE 100 mg/dL	
COLESTEROL VLDL	31 mg/dL		
OBSERVACIONES			

Dra. Lina M. Echeverría Fonseca
C.C. No. 52.320.624
BACTERIOLOGA - PUJ

BACTERIOLOGO (A)
LINA MARIA ECHEVERRIA FONSECA
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 52320624
- -

Firma y cédula del Paciente
MARIBEL ROMERO CUBILLOS
53094778

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



UNIMOS SALUD SAS
NIT: 900615719-1
11001

EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Certificado de aptitud: 53094778-85433

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	07/12/2022 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	MARIBEL ROMERO CUBILLOS	**Identificación:**	53094778
Género	FEMENINO **Edad:** 37	**Teléfono**	3144406510 **Móvil:**
Fecha Nacimiento:	06/05/1985	**Cargo:**	TRABAJADOR (A) SOCIAL
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CRA 68C NO 60A 70 SUR	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	PARTICULAR -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL,PAUSAS ACTIVAS, SEGURIDAD VIAL,USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGÚN LA EXPOSICION A RIESGO, AUTOREPORTE DE CONDICIONES INSEGURAS Y ACCIDENTALIDAD. FOMENTAR ESTILO DE VIDA SALUDABLE Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD. REALIZAR CAPACITACIONES DE ACUERDO AL CARGO, USO PERMANENTE DE TAPABOCAS, LAVADO FRECUENTE DE MANOS, DISTANCIAMIENTO SOCIAL. PACIENTE SIN CRITERIOS MEDICOS PARA COVID-19, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.
ENFASIS OSTEOMUSCULAR POR MEDICO	HIGIENE POSTURAL
ANEXO CARDIOVASCULAR	CONSUMO BAJO DE CARBOHIDRATOS Y EJERCICIO MINIMO 5 VECES POR SEMANA 30 MINUTOS DIA, CONTROL EPS ANTES 12 MESES

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES .

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NUTRICIÓN	PPyP

Información de Remisiones

NO

Acepto las anteriores valoraciones médicas y paraclínicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera. No he ocultado ninguna información útil e importante para establecer con certeza mi estado de salud. Autorizo a UNIMOS SALUD a enviar este certificado a la empresa que lo solicito y hago constar que fui tratado ética y profesionalmente por todo el personal que me atendió en la instancia médica. Comprendo con claridad los conceptos y procedimientos efectuados. Expreso mi conformidad con su contenido y entiendo que la realización de los exámenes es voluntaria y puedo desistir de dicha realización en cualquier momento. Fui informado de la custodia y confidencialidad del manejo de la historia clínica (Resolución 2346 del 2007 art 16) y de la política de tratamiento de mis datos personales (ley estatutaria 1581 del 2012).

DRA. LEIDY Y. MUÑOZ M.
MED ESPECIALISTA EN SEGURIDAD EN SST
C C 1018406130
RM 12198 2021

LEIDY YAZMIN MUÑOZ MELLIZO
Médico Especialista en Salud Laboral

MARIBEL ROMERO CUBILLOS 53094778
Firma y cédula del Paciente

12198/2021

Powered by CamScanner