



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 20.380

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
28 DÍA	06 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
PARTICULARES CONTADO				SGIEP			
CIIU (Actividad Económica) del empleador:							
SIN REGISTRAR							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cédula de Ciudadanía; CE: Cédula de Extranjería; TI: Tarjeta de Identidad; PT: Pasaporte)							
Apellidos y Nombres			Género	Edad	Documento de Identificación		
OSORIO BRAVO JOHN FREDY			MASCULINO	51 AÑOS 9 MESES 24 DÍAS	CC	16512881	
					Tipo	Número	
CARGO							
AUXILIAR							
EPS		AFP		ARL			
POLICIA		NO REFIERE		NO REFIERE			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
APTO		APTO CON RESTRICCIONES					
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO		RECOMENDACIONES		
LECTURA ELEVADA DE LA PRESION SANGUINEA, SIN DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION			TEMPORAL		SE REQUIERE CONCEPTO DE CARDIOLOGIA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ☒							
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL VALORACIÓN POR EPS OPTOMETRIA ESPECIALISTA: CARDIOLOGIA PARA CONCEPTO DE LECTURA ELEVADA DE LA PRESION SANGUINEA, SIN DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION			USO DE EPP SVE VISUAL PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL CAPACITACIÓN OTROS: DEBE REALIZAR TELEMETRIA DE TENSION ARTERIAL Y LLEVARLA AL CARDIOLOGO			HÁBITOS SALUDABLES HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
TRAER VALORACION POR OPTOMETRIA REALIZADA HOY DEBE USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE							
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.							
Médico			Aspirante o Trabajador				
Firma: _____ Nombre: CE 299190 - FRANKLIN ANDRES GUEVARA R. M.: 289190 L.S.O.: 6011 DE 09/05/2018			Firma: _____ Nombre: OSORIO BRAVO JOHN FREDY CC: 16512881				
EN CASO DE VALORACIÓN DE VERIFICACIÓN DEL DOCUMENTO SE DEBE VALORAR EL RESULTADO O DIRECTO POR LA INSTITUCIÓN Código de Seguridad			28/06/26 U1261A1G20380				

Dr. FRANKLIN ANDRES GUEVARA

Médico Cirujano

Médico Especialista en SST

RETHUS - RM. CE. 289190

Vigencia Ocupacional No. 6011 de 09/05/2018

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLÍNICO OLAYA



NIT. 900.171.517-3
CP 110011775101/02

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

NOMBRES:	John Rudy Osorio Bravo	EDAD:	51 años	FECHA:	27-6-20
IDENTIFICACIÓN:	16512881	TELÉFONO:	3134782348		
CARGO:		EMPRESA:			

Consentimiento: Yo _____ C C _____ Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad, respeto a la valoración física que se me va a realizar, que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) y con la autonomía suficiente para retirarme y oponerme a la valoración física si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea. Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablara de tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Reconozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos y no cumpla los tratamientos ordenados puedan presentar reacciones adversas para mi salud.

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

OCUPACIÓN:	TIEMPO EN ESTE OFICIO:
UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN?	SI _____ NO _____ CUAL?

EVALUACIÓN DE LA PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCIÓN	CON CORRECCIÓN
Lejos OD	20/20	
Lejos OI	20/20	
Lejos AO	20/20	
Cerca OD	20/30	
Cerca OI	20/30	
Cerca AO	20/30	

RECOMENDACIONES

OFTALMOLOGÍA DIRECTA	OD: Normal	OI: Normal	AO:
Necesidad de corrección óptica:	SI		
Cromática:	NORMAL X	ANORMAL	
Test Estereopsis:	Normal		
INTERPRETACIÓN:	Presbicia		
OBSERVACIONES:	De debe utilizar anteojos para cerca		
RECOMENDACIONES:	Ciclopentona		

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA TRABAJADOR

REPORT DE ESPIRÓMETRIA

NOMBRES:	EDAD:	FECHA:
IDENTIFICACIÓN:	TELÉFONO:	
CARGO:	EMPRESA:	

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

RESULTADOS DE PRUEBA

ITEM	VALOR OBSERVADO	
FUC (L)		
FEV1 (L)		
FEV1 / FUC (%)		
FEF25 - 75% (L/S)		
PEF(L/S)		

INTERPRETACIÓN

RECOMENDACIONES

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA TRABAJADOR