CLÍNICA LABORAL SAGUIL S.A.S.

Licencia de Salud Ocupacional Res. 25-0442 del 20/05/2019
NIT: 901.258.116-2

Ubaté, Cundinamarca
Dir: Cll 8 # 8-103
Tel: 855 2613 - **Cel:** 313 453 5980
Correo: info@clinicasaguil.com

Samacá, Boyacá
Dir: Cll 6 # 4-80 of. 302
Cel: 322 718 6701
Correo: infosamaca@clinicasaguil.com

www.clinicasaguil.com



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES — Atención Nº: 57,323

Fecha: 05/06/2026 **Municipio:** VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAM/ **CC:** 1007344090 **Nombre:** CAMPOS ALVARADO MAICOL DANIEL **Edad:** 26 AÑOS 8
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** CONDUCTOR **Empresa:** INDEPENDIENTES
Eps: FAMISANAR **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACION MEDICA DE PRE-INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCUL **F. Último Examen:** NO RECUERDA
Lugar del Último Examen: ------ **Motivo Consulta:** ------

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 25	0.50	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 30	0.50	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/ 20	0.50	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z021	EXAMEN PREEMPLEO	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	AMBOS	Enfermedad general	RELACIONADO 1

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

PACIENTE CON DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL, SE SUGIERE CONTROL

OPTOMETRA

Firma:
Nombre: CC: 1152354084 - ESPERANZA VARGAS
R. M.: 1848 **L.S.O.:** 25-00499 DE 2023

PACIENTE

maicol C.
1007344090

Firma:
Nombre: CAMPOS ALVARADO MAICOL DANIEL
CC: 1007344090

CLÍNICA LABORAL SAGUIL S.A.S.

Licencia de Salud Ocupacional Res. 25-0442 del 20/05/2019
NIT: 901.258.116-2

Ubaté, Cundinamarca
Dir: Cll 8 # 8-103
Tel: 855 2613 - Cel: 313 453 5980
Correo: info@clinicasaguil.com

Samacá, Boyacá
Dir: Cll 6 # 4-80 of. 302
Cel: 322 718 6701
Correo: infosamaca@clinicasaguil.com

www.clinicasaguil.com

AUDIOMETRIA



DATOS PERSONALES — Atención N°: 58105

Fecha: 05/06/2026 Ciudad: VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)

Tipo Exámen: EVALUACION MEDICA DE PRE-INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Eps: FAMISANAR

CC: 1007344090 Nombre: CAMPOS ALVARADO MAICOL DANIEL Edad: 26 AÑOS 8 M Genero: MASCULINO

Fecha Nacimiento: 27/09/1999 Empresa: INDEPENDIENTES Ocupacion: CONDUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
INDEPENDIENTES	CONDUCTOR	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	SI	AUDÍFONOS	OCASIONALMENTE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

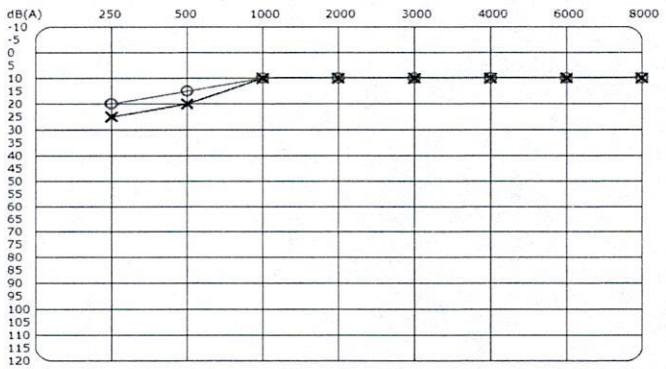
CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

descanso auditivo(Horas) : 48 Hora(s) Realizó re test: SI Uso Cabina Sonoamortiguada: SI

Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLIVOX 240 F. Ultima Calibración: 2025-06-10

O : Via aérea del OD X : Via aérea del OI

< : Via ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Via ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL

Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	20	15	10	10	10	10	10	10
VAOI	25	20	10	10	10	10	10	10

PTA Oido derecho:11.25 PTA Oido izquierdo:12.50

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO USE PROTECCIÓN AUDITIVA	

Observaciones

AUDICION BILATERAL NORMAL

FONOAUDIÓLOGO

Firma: Sofia Calderón V. Fonoaudióloga RP 3038 ESP. GERENCIA SG-SST L.S.O 2086

Nombre: CC: 40767670 - SOFIA CALDERON

R. M.: 3038 L.S.O.: 2086 11/03/20

TRABAJADOR

Firma: maicol C. 1007344090

Nombre: CAMPOS ALVARADO MAICOL DANIEL

CC 1007344090

CLÍNICA LABORAL SAGUIL S.A.S.
Licencia de Salud Ocupacional Res. 25-0442 del 20/05/2019
NIT: 901.258.116-2
Ubaté, Cundinamarca | **Samacá, Boyacá**
Dir: Cll 8 # 8-103 | **Dir:** Cll 6 # 4-80 of. 302
Tel: 855 2613 - **Cel:** 313 453 5980 | **Cel:** 322 718 6701
Correo: info@clinicasaguil.com | **Correo:** infosamaca@clinicasaguil.com
www.clinicasaguil.com

REMISIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Fecha: 5 de junio de 2026

Señor (es)
FAMISANAR- OPTOMETRIA
Ciudad

Por medio de la presente agradecemos la atención del (la) Sr. (a) **CAMPOS ALVARADO MAICOL DANIEL** con CC. **1007344090**, quien ha sido valorada por nuestra institución como parte de las actividades de medicina preventiva y del trabajo de la empresa INDEPENDIENTES, para lo cual suministramos la siguiente información:

Cargo	CONDUCTOR	**Dependencia**	NO APLICA
Antigüedad en la empresa	0 AÑO(S)	**Edad**	26 AÑOS 8 MESES 8 DÍAS
antigüedad en el cargo	0 AÑO(S)	**Género**	MASCULINO

Protocolo: **Visual** [X] **Auditivo** [ ] **Lesiones OM** [ ] **Cardio V** [ ] . [X]

Diagnóstico H527 TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN

Diagnostico según protocolo **Sano** [ ] **Sospechoso** [ ] **Caso** [ ]

Ampliación de la Información: 1. PACIENTE CON VISIOMETRIA VL OD 20/25, OI 20/30, SE SOLICITA VALORACIÓN POR OPTOMETRIA.

Agradecemos la atención a la presente.

Cordialmente,

Natalia Esparza
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Registro: 1381

Firma:

Nombre: ESPARZA ESPARZA NATALIA

R. M.: 1019044876 **L.S.O.:** 1381 - 03/02/2017

CLINICA LABORAL SAGUIL S.A.S.
Licencia de Salud Ocupacional Res. 25-0442 del 20/05/2019
NIT: 901.258.116-2
Ubaté, Cundinamarca | **Samacá, Boyacá**
Dir: Cll 8 # 8-103 | **Dir:** Cll 6 # 4-80 of. 302
Tel: 855 2613 - **Cel:** 313 453 5980 | **Cel:** 322 718 6701
Correo: info@clinicasaguil.com | **Correo:** infosamaca@clinicasaguil.com
www.clinicasaguil.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 65.669

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	06 MES	2026 AÑO	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICA DE PRE-INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
INDEPENDIENTES	INDEPENDIENTES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
CAMPOS ALVARADO MAICOL DANIEL	MASCULINO	26 AÑOS 8 MESES 8 DÍAS	CC (Tipo)	1007344090 (Número)

Cargo: **CONDUCTOR**

EPS	AFP	ARL
FAMISANAR	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO: CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

VISIOMETRÍA	✓	EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR(CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL)	✓
AUDIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES:
-EJERCICIO CARDIOVASCULAR PERIÓDICO
-HÁBITOS ALIMENTARIOS DIETA BALANCEADA
-CONTROL MÉDICO PREVENTIVO
-BAJAR DE PESO CON DIETA BAJA EN CALORÍAS (GRASAS, HARINAS Y AZÚCARES), REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA PERIÓDICAMENTE

RECOMENDACIONES LABORALES:
-[redacted]MENES OCUPACIONALES PERIÓDICOS SEGÚN SST DE LA EMPRESA
-[redacted]ALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL (EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR)
-CAPACITACIÓN DE HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA
-USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN FACTORES DE RIESGO OCUPACIONAL

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:
-CONTROL OPTOMETRIA PARA FORMULACIÓN DE LENTES DE CORRECCIÓN VISUAL POR PRESENTAR VISIÓN DISMINUIDA NO CORREGIDA.
-USO PERMANENTE DE PRÓTESIS PIERNA DERECHA.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Natalia Esparza
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Registro 1381

Firma:

Nombre: CC: 1019044876 - NATALIA ESPARZA

R. M.: 1019044876 L.S.O.: 1381 - 03/02/2017

Código de Seguridad
K543Q1W65669

maicol C.
1007344090

Firma:

Nombre: CAMPOS ALVARADO MAICOL DANIEL

CC: 1007344090