ASOTRANSCAL IPS
NIT: 900.465.470-9
Cel: 6068786620 - 3206894197
MANIZALES - CALDAS

asotranscal IPS
Transportadores salud y bienestar

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO INGRESO

(Resolución 1843 de 2025)



FECHA: 2026-08-18 - **HORA:** 10:28:29
CIUDAD: MANIZALES - CALDAS

DATOS PERSONALES:

NOMBRES Y APELLIDOS:	JOHAN SANTIAGO CEBALLOS ECHEVERRI		
IDENTIFICACION:	CC - 1053862781		
FECHA DE NACIMIENTO:	14-03-1998	**SEXO:**	M
ESTADO CIVIL:	SOLTERO(A)	**EDAD:**	28
DIRECCION:	VILLAHERMOSA CALLE 52 N 12-15	**TELEFONO:**	3126544319 -
ESCOLARIDAD:	EDUCACION SECUNDARIA	**PROFESION:**	CONTRATISTA

EMPRESA: INDEPENDIENTE
CARGO AL QUE ASPIRA: CONTRATISTA

CONCEPTO
APTO CON CONDICIONES

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES:
USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION
CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EN LA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
OBSERVACIONES: REALIZAR ACTIVIDADES DE DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA EN SU EPS.

MEDICO:
OBSERVACIONES:
ADECUADO USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR:

SE REALIZÓ EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR NO EVIDENCIANDO ALTERACIÓN DE LA FUERZA NI DE LOS ARCOS DE MOVILIDAD CERVICAL, CINTURA ESCAPULAR, CINTURA PÉLVICA, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, TAMPOCO EN LA ALINEACIÓN, CURVATURAS Y MOVILIDAD DE COLUMNA VERTEBRAL.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

VISIOMETRÍA: NORMAL

JUAN GUILLERMO LOPEZ RAMIREZ
MEDICO GENERAL - SALUD OCUPACIONAL
10269823
0178

VISIOMETRIA:

CON CORRECCION: NO

JUAN GUILLERMO LOPEZ RAMIREZ
10269823
0178

CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Manifiesto he sido informado por parte del Personal asistencial de ASOTRANSCAL IPS a cerca de los exámenes que me van a ser realizados Historia Clínica Ocupacional y/o otros como Ej. Audiometría, Tamizaje visual, Exámenes de Laboratorio (ej. Serología, perfil lipídico, prueba de embarazo, glucometría, cuadro hemático, creatinina, nitrógeno ureico, transaminasas, bilirrubinas, parcial de orina), enfermería, odontología, psicología y promoción de la salud (crecimiento y desarrollo, electrocardiograma, afinamientos) por parte del grupo asistencial de ASOTRANSCAL IPS, comprendo y estoy de acuerdo, en consecuencia doy mi consentimiento para la realización de estos y autorizo al personal de ASOTRANSCAL IPS a que proceda con la realización. Autorizo a que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de salud ocupacional o aquellas personas según lo contemple la ley o que yo autorice por escrito para la entrega de mis reportes e historia clínica, teniendo en cuenta la reserva de historia clínica que está contemplado en el decreto 1995 de 1999. Además estoy de acuerdo y aseguro que toda la información que he suministrado para la realización de esta historia clínica es verdadera y que no	